

DEFINISJONSKATALOG

**Styringsparametre og nasjonale
kvalitetsindikatorer medisin og helsefag**

**HELSE SØR-ØST RHF
2013**

Versjon 01.01.2013

Revidert desember 2012
Helse Sør-Øst RHF, Avdeling for Medisin og helsefag

INNHALDSFORTEGNELSE

Styringsparametre/indikatorer som skal rapporteres til Helse Sør-Øst RHF og/eller Helse- og omsorgsdepartementet

	Side
Om definisjonskatalogen	4
Definisjonskatalogen inneholder de fleste gjeldende definisjoner på indikatorer som skal innrapporteres til Helse Sør-Øst, Helsedirektoratet og Helse- og Omsorgsdepartementet. Noen av indikatorene er derfor regionale, mens andre inngår i det samlede nasjonale kvalitetsindikatorsettet som behandles og publiseres av Helsedirektoratet. Det er Helsedirektoratet som har ansvaret for å oppdatere de nasjonale kvalitetsindikatorene, mens Helse Sør-Øst oppdaterer indikatorene som gjelder spesielt for regionen.	4
Datagrunnlaget til indikatorene har ulike kilder og leverandører. De fleste indikatorer beregnes fra NPR-melding, mens andre tas fra leverandører som Folkehelseinstituttet, Medisinsk fødselsregister m.m. Tabellen nedenfor gir en oversikt over alle indikatorene i definisjonskatalogen.	4
1 - Ventetider og ventelister	6
2h - Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning ("direkte time").....	7
3 - Oppdaterte ventetider på nettstedet, www.frittsykehusvalg.no	9
4a - Epikrisetid ved utskrivning - Somatikk	11
4b - Epikrisetid - Psykisk helsevern barn/unge og voksne	13
4c - Epikrisetid – Tverrfaglig spesialisert behandling (Rus).....	15
5a - Korridorpasienter - Somatikk	17
7 a, b og c - Antall og andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter - somatikk.....	19
7 d, e og f - Antall og andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter - psykisk helsevern voksne	21
7 g, h og i - Antall og andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter – TSB (Rus)	23
8a - Tid fra mottak av henvisning (mottaksdato) til vurdering av henvisningen er fullført	25
8b - Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle	27
8c - Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	29
9a, b og c - Andel fristbrudd – somatikk, psykisk helsevern (VOP og BUP) og TSB	30
11 c, d og e - Andel ambulante konsultasjoner psykisk helsevern VOP,BUP og TSB.....	32
12 Preoperativ liggetid ved lårhalsbrudd.....	34
13 Hyppighet av keisersnitt	37
14 Strykninger av planlagte operasjoner	39
15 Varighet av ubehandlet psykose (VUP) - ved første episode ikke-afektiv psykose	41
16 - Prevalens av sykehusinfeksjoner.....	46
17 a Individuell plan (barnehabilitering)	48
17 b og c Individuell plan ADHD (BUP) og Schizofreni (VOP)	51
18 - Tvungen innskrivning i psykiatrisk institusjon	55
19 - Andel og ratejustert antall reinnleggelser innen 30 dager i akuttavdelinger, psykisk helsevern voksne	58
20 - Tid fra henvisning til første behandling tykktarmskreft	60
21 - Tid fra henvisning til første behandling brystkreft	63
22 - Tid fra henvisning til første behandling lungekreft	66
24 - Registrering av hovedtilstand - psykisk helsevern voksne	69
25 - Registrering av hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge	71
26 - Fødselsrifter grad 3 og 4	73
27 - Andel pasienter under 80 år med hjerneinfarkt som får trombolysbehandling.....	75
28 - Registrering av lovgrunnlag psykisk helsevern voksne	77

Andre indikatorer som også rapporteres i 2013 (foreløpig uten beskrivelse og definisjon av indikatoren)	79
---	----

Om definisjonskatalogen

Definisjonskatalogen inneholder de fleste gjeldende definisjoner på indikatorer som skal innrapporteres til Helse Sør-Øst, Helsedirektoratet og Helse- og Omsorgsdepartementet. Noen av indikatorene er derfor regionale, mens andre inngår i det samlede nasjonale kvalitetsindikatorsettet som behandles og publiseres av Helsedirektoratet. Det er Helsedirektoratet som har ansvaret for å oppdatere de nasjonale kvalitetsindikatorene, mens Helse Sør-Øst oppdaterer indikatorene som gjelder spesielt for regionen.

Datagrunnlaget til indikatorene har ulike kilder og leverandører. De fleste indikatorer beregnes fra NPR-melding, mens andre tas fra leverandører som Folkehelseinstituttet, Medisinsk fødselsregister m.m. Tabellen nedenfor gir en oversikt over alle indikatorene i definisjonskatalogen.

Indikator	Rapp. av foretak til HSØ	Skaffes av HSØ	Helse-direktoratet/HOD	Datakilde	Frekvens
1 - Ventetider og ventelister		X	X	NPR-melding	Månedlig
2h - Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning ("direkte time")	X			Eget system	Månedlig
3 - Oppdaterte ventetider på nettstedet, www.frittssykehusvalg.no		X	X	Fritt sykehusvalg	Tertial
4a - Epikrisetid ved utskriving - Somatikk	X		X	NPR-melding	Tertial
4b - Epikrisetid - Psykisk helsevern barn/unge og voksne	X		X	NPR-melding	Tertial
4c - Epikrisetid – Tverrfaglig spesialisert behandling (Rus)	X		X	NPR-melding	Tertial
5a - Korridorpasienter - Somatikk	X		X	Eget system	Månedlig
7 a, b og c - Antall og andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter - somatikk	X			Eget system	Månedlig
7 d, e og f - Antall og andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter - psykisk helsevern voksne	X			Eget system	Månedlig
7 g, h og i - Antall og andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter – TSB (Rus)	X			Eget system	Månedlig
8a - Tid fra mottak av henvisning (mottaksdato) til vurdering av henvisningen er fullført	X			Eget system	Månedlig
8b - Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle	X			Eget system	Månedlig
8c - Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	X			Eget system	Månedlig
9a, b og c - Andel fristbrudd – somatikk, psykisk helsevern (VOP og BUP) og TSB		X		NPR-melding	Månedlig
11 c, d og e - Andel ambulante konsultasjoner psykisk helsevern VOP, BUP og TSB	X			Eget system	Månedlig
12 Preoperativ liggetid ved lårhalsbrudd			X	NPR-melding	Tertial
13 Hyppighet av keisersnitt			X	NPR-melding	Tertial
14 Strykninger av planlagte operasjoner			X	NPR-melding	Tertial
15 Varighet av ubehandlet psykose (VUP) - ved første episode ikke-afektiv psykose			X	Eget system	Årlig
16 - Prevalens av sykehusinfeksjoner		X	X	FHI	Kvartalsvis
17 a Individuell plan (barnehabilitering)			X	NPR-melding	Tertial
17 b og c Individuell plan ADHD (BUP) og Schizofreni (VOP)	Indikator foreløpig ikke i bruk				
18 - Tvungen innskriving i psykiatrisk institusjon	X			NPR-melding / Eget system	Tertial
19 - Andel og ratejustert antall reinnleggelser innen 30 dager i akuttavdelinger, psykisk helsevern voksne	X			NPR-melding / Eget system	Tertial
20 - Tid fra henvisning til første behandling tykktarmskreft			X	NPR-melding	Tertial

21 - Tid fra henvisning til første behandling brystkreft			X	NPR-melding	Tertial
22 - Tid fra henvisning til første behandling lungekreft			X	NPR-melding	Tertial
24 - Registrering av hovedtilstand - psykisk helsevern voksne			X	NPR-melding	Årlig
25 - Registrering av hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge			X	NPR-melding	Årlig
26 - Fødselsrifter grad 3 og 4			X	MFR	Årlig
27 - Andel pasienter under 80 år med hjerneinfarkt som får trombolysebehandling			X	NPR-melding	Tertial
28 - Registrering av lovgrunnlag psykisk helsevern voksne			X	NPR-melding	Årlig

Indikator Nr 1	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst HOD	1 - Ventetider og ventelister
Versjon nr: 2.1	Godkjent av: Folke Sundelin	Godkjent: Desember 2011

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren og rapportering

Ventetider skal være basert på NPR-data og NPR-definisjoner og gitte krav om rapportering fra HOD. Følgende måltall beregnes på grunnlag av tall fra NPR:

- Antall, gjennomsnittlig og median ventetid for avviklede pasienter (med/uten rett) i spesialisthelsetjenesten
- Gjennomsnittlig og median ventetid for ventende pasienter i spesialisthelsetjenesten
- Antall nyhenviste i forrige periode, etter helseforetak og fagområder
- Langtidsventende (ventet over ett år)
- Andel gitt rett til nødvendig helsehjelp
- Andel barn og unge under 23 år med psykiske- og/eller rusproblemer vurdert innen 10 dager og gitt tilbud om behandling innen 60 virkedager. (Vurderings- og behandlingsgarantien)

Måltallene gjelder for alle fagsektorene somatikk, psykiske helsevern voksne, psykisk helsevern barn/unge og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB).

Målkrevet for gjennomsnittlig ventetid er under 65 dager for alle avviklede i spesialisthelsetjenesten med og uten rett.

Definisjoner skal være basert på definisjoner og kriterier benyttet av NPR og omfatter alle omsorgsnivåer (innleggelse, dagbehandling og poliklinikk).

Begrepsavklaring

Rapportering foregår til NPR etter fastsatt prosedyre.

Begrunnelse, referanse, evidens

Rapportering av ventetider er obligatorisk i hht. nasjonale krav.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Datakilde

NPR utarbeider månedlige rapporter på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF, (NPR-kuben). Kuben er tilgjengelig ca. 14 dager etter periodeslutt og er tilgjengelig via denne nettsiden: <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/rhf/Sider/helse-sorost.aspx> Helseforetakene skal sørge for at rapporterte data er kvalitetssikret før rapportering til NPR.

Bearbeiding, aggregering og rapportering av data

Helse Sør-Øst RHF sammenstiller og berbeider data fra NPR. Data presenteres på helseforetaksnivå.

3 TOLKNING OG PRESENTASJON AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

- Styringsinformasjon
- Grunnlag for kvalitetsforbedring
- Informasjon til pasienter og henvisende leger

Analyse og presentasjon av data

Data aggregert på helseforetaksnivå brukes til å følge opp ventelistesituasjonen i RHF-et. Data på institusjons- og avdelingsnivå forslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.

Indikator nr: HSØ: 2h	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst	2h - Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning ("direkte time")
Versjon nr: 1.1	Godkjent av: Folke Sundelin	Godkjent: November 2011

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Andel pasienter som får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning (direkte time).

Begrepsavklaringer

Hvilke mottatte henvisninger omfattes? Indikatoren omfatter mottatte henvisninger som er vurdert, og hvor det er besluttet at pasienten skal tilbys undersøkelse/behandling ved sykehuset. Indikatoren gjelder alle pasienter, både de med rett og de uten rett til nødvendig helsehjelp.

Bekreftelse på mottatt henvisning:

Med bekreftelse menes tilbakemelding (skriftlig) til pasienten om at søknaden er mottatt, vurdert og at pasienten tilbys undersøkelse/behandling ved sykehuset, herunder opplysning om rettighetsstatus (rett til nødvendig helsehjelp eller ikke).

Timeavtale: Med timeavtale menes tidspunkt, dato evt. med klokkeslett, for undersøkelse/behandling.

Begrunnelse, referanse, evidens

Det er et betydelig fokus på tilgjengelig og ventetid for undersøkelse/behandling ved sykehus. Det er helt sentral for pasienter/pårørende at det gis opplysning om tidspunkt for undersøkelse/behandling, både for å vite hva man må forholde seg, vurdering av alternativ behandlingssted (Fritt sykehusvalg) samt egen planlegging mht. private forhold, jobb mv. i forbindelse med sykehusoppholdet.

Det forventes at sykehusene har god planlegging av egen virksomhet og drift, samt god utnyttelse av tilgjengelige ressurser til enhver tid.

Type indikator

Indikatoren er en prosessindikator.

Indikatoren uttrykker

Sykehuset evne til god pasientinformasjon og god planlegging av drift.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon Elektive pasienter. Alle mottatte henvisninger som er vurdert og hvor pasienten tilbys undersøkelse/behandling ved sykehuset og hvor pasienten settes på venteliste.	Ekskludert populasjon. Øyeblikkelig hjelp henvisning. Mottatte henvisninger som er avvist, evt. videresendt til annen institusjon, av ulike grunner og hvor det ikke tilbys undersøkelse/behandling ved sykehuset og pasienten ikke er satt på venteliste.
Teller	Antall mottatte og vurderte henvisninger hvor det er gitt tilbakemeling om tidspunkt (dato og klokkeslett), for undersøkelse/behandling.	
Nevner	Alle mottatte og vurderte henvisninger hvor det er gitt tilbud om undersøkelse/behandling ved sykehuset.	
Datakilde: De pasientadministrative systemene (PAS).		
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data		

Data presenteres på HF-nivå.

3 TOLKNING OG PRESENTASJON AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

- Styringsinformasjon
- Kvalitetsforbedring
- Informasjon til pasienter og henvisende instanser
-

Analyse og presentasjon av data

Data aggregert på helseforetaksnivå brukes til å følge opp indikatoren fra RHF-et. Data på institusjons- og avdelingsnivå forslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.

Definisjon av uttrekk i DIPS

2 H Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning ("direkte time")

Beskrivelse av uttak av data

Bestill rapport 9778, tidsrom 1 måned tilbake.

Velg alle avdelinger

Fyll in 7 dager i feltet Antall dager fra vurdert henvisning til dag gitt time.

Sorter på primærhenvisninger (skal ikke rapporteres på sekundærhenvisninger).

Utelat Kontroll i kolonne Henvisningstype. (Skal ikke rapporteres på kontroll henvisninger).

Les av antall med verdi 1 i kolonne Direktebooket

Les av antall med verdi 0 i kolonne Direktebooket

Arbeidsflyt i DIPS: Henvisning blir vurdert og det blir generert oppgave *Henvisning til oppfølging*. Enten blir det skrevet ut brev til henvisende lege og pasient hvor det opplyses om rettigheter/frist og pasienten havner på venteliste eller så tildeles pasienten direkte time. Rapporten definerer en primærhenvisning som direktebooket når det innenfor 7 dager etter vurderingstidspunkt er gitt time for oppmøte (tidspunkt for klikket *Gi tid* i kontakten).

Indikator HSØ: Nr. 3 Hdir: N-025	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst HOD	3 - Oppdaterte ventetider på nettstedet, www.frittsykehusvalg.no
Versjon nr 1.3	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 25.04.12

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Andel oppdaterte forventede ventetider på nettstedet, www.frittsykehusvalg.no siste 4 uker.

Begrepsavklaringer:

Regionale helseforetak er gjennom oppdragsdokumentene pålagt å bidra til at informasjonsgrunnlaget og informasjonstjenesten for fritt sykehusvalg fungerer på en god måte. Ansvaret oppfylles bl.a. ved at helseinstitusjonene rapporterer data om forventet ventetid til *Fritt sykehusvalg Norge*. Nettsiden www.frittsykehusvalg.no har informasjon om forventet ventetid for ca 140 behandlingstjenester. Helsedirektoratet har det overordnede ansvaret for den nasjonale informasjonstjenesten Fritt sykehusvalg Norge. De regionale helseforetakene har ansvar for å fremskaffe og kvalitetssikre datagrunnlaget som informasjonstjenesten baseres på. Det skal rapporteres forventete ventetider månedlig eller oftere ved forandringer i ventetiden.

Sektor

Indikatoren er delt i fire sektorer og publiseres separat for sektorene somatikk (SOM), psykisk helsevern for voksne (VOP), psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB).

Tjenester

Med tjenester forstås de sykdommer/tilstander hvor det gis tilbud om utredning, dagbehandling/poliklinisk behandling og innleggelse ved de enkelte behandlingssteder og der det er aktuelt å oppgi ventetider. Ventetider skal oppgis for alle tjenester som presenteres på nettsiden www.frittsykehusvalg.no. Hvis tjenesten utføres ved flere behandlingssteder/avdelinger i samme helseforetak, skal det rapporteres ventetider for hvert behandlingssted.

Forventet ventetid

Forventet ventetid er definert som maksimal ventetid for de lavest prioriterte rettighetspasientene, eller ikke rettighetspasienter, som skal ha et tilbud. Ventetiden skal fastsettes til et bestemt antall uker. Tidsangivelsen må være realistisk. At enkeltpasienter unntaksvis venter lenger regnes det ikke som nødvendig å ta høyde for. Målet er å få en realistisk prognose, som ikke skaper forventninger om kortere ventetid enn det som er aktuelt for de lavest prioriterte pasientene. For ytterligere beskrivelse, se Helsedirektoratets veileder "Skjønnsmessig fastsettelse av forventet ventetid for rapportering til Fritt sykehusvalg Norge" (IS-1200).

Begrunnelse, referanse, evidens

Pasient- og brukerrettighetslovens § 3-2 gir pasienter og brukere rett til den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter. Helseinstitusjoner har etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 plikt til å gi videre den informasjon som er nødvendig for at allmennheten skal kunne ivareta sine rettigheter, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b, § 2-2, § 2-3, § 2-4 og § 2-5, samt § 3-2 siste ledd. En vesentlig

forutsetning for reell valgmulighet er at pasienten har tilgang på nødvendig informasjon. Informasjonen må være oppdatert, lett tilgjengelig og ha en slik form at det ikke kreves spesielle forutsetninger for å kunne nyttiggjøre seg den.

Målet er at data på www.frittsykehusvalg.no skal være korrekte til enhver tid. Det er helsetjenestens ansvar å sørge for at de forventete ventetidene på nettsiden er oppdatert.

Type indikator

Prosessindikator

Målsetting for indikatoren

At forventede ventetider holdes 100 % oppdatert på www.frittsykehusvalg.no.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall tjenester som har oppdatert ventetider på www.frittsykehusvalg.no siste 4 uker ihht automatisk uttrekk	
Nevner	Totalt antall tjenester på www.frittsykehusvalg.no som skal rapporteres/oppdateres med ventetid ihht automatisk uttrekk	
Datakilde: Kontoret for fritt sykehusvalg rapporterer til Helse Sør-Øst RHF på det enkelte helseforetak.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER
Indikatoren brukes som:

Informasjonen på www.frittsykehusvalg.no skal være pålitelig, oppdatert og relevant som grunnlag for å gjøre informerte valg av behandlingssted, jf Pasient- og brukerrettighetsloven. Indikatoren brukes som et mål på hvor oppdatert informasjonen på nettstedet er. Indikatoren er også et mål på hvor vidt helseinstitusjonene oppfyller plikten om å gi pasienter og brukere nødvendig informasjon.

Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner:

Helseinstitusjonene har ansvar for å rapportere inn data. Variasjoner i deres rutiner kan påvirke tallene.

Indikator nr: Hdir: N-002 HSØ: Nr 4a	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst HOD	4a - Epikrisetid ved utskrivning - Somatikk
Versjon nr: 1.4	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 02.04.2012

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Indikatoren uttrykkes som:

- Andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 7 dager¹ etter utskrivningsdato

Begrepsavklaringer

Epikrise

En sammenfatning av journalopplysninger som sendes det helsepersonell som trenger opplysninger for å kunne gi pasienten nødvendig og forsvarlig oppfølging¹. Epikrisen er knyttet til én innleggelse ved et behandlingssted og tjener som dokumentasjon på pasientbehandlingen.

Foreløpig epikrise, sykepleiedokumentasjon og fysioterapi- sammenfatninger etc. inngår *ikke* i definisjonen eller i omfanget av indikatoren.

Epikrisetid

Tid (i kalender dager) som går med fra pasienten skrives ut fra behandlingsstedet (utskrivningsdato) til epikrisen er sendt ut elektronisk eller pr post til primærhelsetjenesten eller evt. andre mottakere.

Rapport på et avsluttet sykehusopphold med endelige prøveresultater og beskrivelser ettersendes. Tid fra epikrise er sendt ut til endelige prøveresultater sendt ut **regnes ikke som del av epikrisetid**.

Begrunnelse, referanse, evidens

Epikrisetid er et uttrykk for samhandling/kommunikasjon mellom behandlingssted og øvrig helsetjeneste. Lang epikrisetid svekker pasientens mulighet til å få kontinuitet i behandlingen og sikker oppfølging etter utskrivelse. Gjennom måling av epikrisetid rettes oppmerksomheten mot å redusere uønsket lang epikrisetid, og vil på den måten bidra til helhet og kontinuitet i tjenestetilbudet.

Type indikator

Denne indikatoren er en prosessindikator og betegner de aktiviteter og ressurser som vedrører produksjonen av en epikrise fra pasienten er utskrevet til epikrise er sendt.

Indikatoren uttrykker

Hvor stor andel av epikrisene som er sendt ut innen 7 dager.

Mål fra 2011 (HOD): 100 % av epikrisene skal være utsendt innen 7 dager.

¹ FOR 2000-12-21 nr 1385: Forskrift om pasientjournal § 9 med kommentarer.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
Indikatoren gjelder innlagte pasienter (døgnopphold)		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall sendte epikriser innen 7 dager etter utskrivning	Dagopphold Poliklinikk
Nevner	Antall utskrivninger fra behandlingsstedet i samme periode	Fødsler
Datakilde Data hentes fra pasientadministrativt datasystem og rapporteres manuelt til Norsk pasientregister og Helse Sør-Øst RHF i hht. interne retningslinjer (Rapportpakken). Epikrisetid beregnes som Dato Utskrivning – Dato Epikrise sendt		
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data Registrerte data innhentes og bearbeides av Norsk pasientregister ved hvert tertial. Innkalling sendes i forkant av rapportering. Behandlingsstedene får tilbakemeldt resultatene for korreksjoner/kommentarer før publisering av resultatene. Indikatoren uttrykkes i prosent: Andel = (Antall sendte epikriser innen 7 dager / antall utskrivninger) x 100. Rapportering til Helse Sør-Øst RHF skjer på HF-nivå. Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehus-/institusjonsnivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som ▪ Grunnlag for kvalitetsforbedring ▪ Informasjon til pasienter og henvisende leger ▪ Styringsinformasjon
Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner Venting på prøvesvar, undersøkelser mv. som er av betydning for diagnose og behandling kan være avgjørende for hvor lang epikrisetid som er nødvendig. Det kan forekomme utskrivninger hvor det er besluttet at epikrise ikke skal sendes ut. Disse utskrivningene vil likevel inngå i nevneren, og medfører lavere andelen epikriser for enheter som har mange utskrivninger hvor det er besluttet å ikke sende epikrise.
Analyse og presentasjon av data Data aggregert på behandlingsstedet publiseres nasjonalt som andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 7 dager etter utskrivningsdato. Data på avdelingsnivå og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid. Tall for behandlingsstedet presenteres på nettsiden for Fritt Sykehusvalg som grunnlag for pasientens valg av behandlingssted samt på Helsedirektorates nettsider(www.frittsykehusvalg.no og http://nesstar2.shdir.no/kvalind/).

Ny indikatorbeskrivelse under utarbeidelse i Helsedirektoratet. Inntil videre brukes gammel definisjon



Helsedirektoratet

Indikator nr: Hdir: N-010 HSØ: Nr 4b	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst HOD	4b - Epikrisetid - Psykisk helsevern barn/unge og voksne
Versjon nr: 1.3	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 18.12.2008

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 7 dager¹ (etter utskrivningsdato/avslutningsdato) etter avsluttet behandling ved innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk konsultasjonsserie (episode i NPR-record).

Begrepsavklaringer

Epikrise

Er beskrevet i Forskrift om pasientjournal §9¹ og er en sammenfatning av journalopplysninger som sendes det helsepersonell som trenger opplysninger for å kunne gi pasienten nødvendig og forsvarlig oppfølging. Epikrisen er vanligvis knyttet til én innleggelse i en sengeavdeling, men er også gjeldende for poliklinisk behandling og tjener som dokumentasjon på pasientbehandlingen. Foreløpig epikrise, sykepleiedokumentasjon og fysioterapi- sammenfatninger etc. inngår *ikke* i definisjonen eller i omfanget av indikatoren.

Epikrisetid

Tid (i dager) som går med fra pasienten skrives ut fra behandlingsstedet (utskrivningsdato), eller (avslutningsdato) etter poliklinisk behandling, til epikrisen er sendt ut elektronisk eller pr post.

Dersom epikrisen sendes før avslutningsdato, vil epikrisetid bli beregnet fra epikrise sendt dato til nærmeste dato for en relevant kontakt (behandling).

Avslutningsdato

Den dato hvor pasient eller pårørende har siste planlagte kontakt med poliklinikken i gjeldende polikliniske konsultasjonsserie (episode).

Hvis det utover denne dato er avtalt en definert periode hvor pasient eller familie skal kunne ta kontakt ved behov, skal avslutningsdato være siste dag i denne perioden hvis det ikke gjøres andre avtaler i mellomtiden.

For ikke-planlagte avslutninger (for eksempel pasienten eller behandler blir forhindret eller uteblir) defineres avslutningsdato som den dato poliklinikken bestemmer at den polikliniske konsultasjonsserien skal avsluttes.

Begrunnelse, referanse, evidens

Epikrisetid er et uttrykk for samhandling/kommunikasjon mellom sykehus/poliklinikk og øvrig helsetjeneste. Lang epikrisetid svekker pasientens mulighet til å få kontinuitet i behandlingen og sikker oppfølging etter utskrivelse/avsluttet behandling. Gjennom måling av epikrisetid rettes oppmerksomheten mot å redusere uønsket lang epikrisetid, og vil på den måten bidra til helhet og kontinuitet i tjenestetilbudet.

Type indikator

Indikatoren er en prosessindikator og betegner de aktiviteter og ressurser som vedrører produksjonen av en epikrise fra pasienten er utskrevet/polikliniske konsultasjonsserie er avsluttet (episode) til epikrise er sendt.

Indikatoren uttrykker hvor stor andel av epikrisene som er sendt ut innen 7 dager.

Mål fra 2011 (HOD): 100 % av epikrisene skal være utsendt innen 7 dager.

¹ FOR 2000-12-21 nr 1385: Forskrift om pasientjournal § 9 med kommentarer.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon Innlagte pasienter (døgnoophold), dagpasienter og polikliniske pasienter (avsluttet poliklinisk behandlingsserie BUP).		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall sendte epikriser innen 7 dager etter utskrivning eller avsluttet dagbehandling/ poliklinisk behandlingsserie (avsluttet henvisningsperiode).	Avsluttede henvisninger med manglende epikrise eller direkte tiltak registrert
Nevner	Sum utskrivninger, dagbehandlinger og avsluttede polikliniske behandlinger i samme periode.	
Indikatoren uttrykkes i prosent: $\text{Andel} = (\text{Antall sendte epikriser innen 7 dager} / \text{sum antall utskrivninger og polikliniske episoder}) \times 100$ Datakilde Data hentes fra pasientadministrativt datasystem (NPR-meldingen) . Epikrisetid beregnes deretter som $\text{Dato Utskrivning} - \text{Dato Epikrise sendt}$		
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data Registrerte data innhentes og bearbeides av Norsk pasientregister (NPR) ved hvert tertial og til Helse Sør-Øst RHF i hht. interne retningslinjer (Rapportpakken). Innkallingsbrev fra NPR sendes i forkant av rapportering. Institusjonene får tilbakemeldt resultatene for korreksjoner/kommentarer før publisering av resultatene. Epikriser som sendes inntil 14 dager før utskrivning telles også med. Begrunnelsen er at det er i blant behov for en institusjon å sende journal og dokumentasjon i forkant til mottakende instans for å forberede videre behandling av pasienten. Rapportering til Helse Sør-Øst RHF skjer på HF-nivå. Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehus-/institusjonsnivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som • Grunnlag for kvalitetsforbedring • Informasjon til pasienter og henvisende leger • Styringsinformasjon
Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner Venting på prøvesvar, undersøkelser, rapporter mv. som er av betydning for diagnose og behandling kan være avgjørende for hvor lang epikrisetid som er nødvendig. Det kan forekomme utskrivninger hvor det er besluttet at epikrise ikke skal sendes ut. Blant annet kan pasienten eller foresatte motsette seg utsending av epikrise, jf. helsepersonelloven og forskrift om pasientjournal. Disse utskrivningene vil likevel inngå i nevneren og kan medføre lavere andelen utsendte epikriser.
Analyse og presentasjon av data Data aggregert på behandlingsstedet publiseres nasjonalt som andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 7 dager etter avsluttet behandling v/innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk konsultasjonsserie. Data på avdelingsnivå og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid. Tall for behandlingsstedet presenteres på nettsiden for Fritt Sykehusvalg som grunnlag for pasientens valg av behandlingssted samt på Helsedirektorates nettsider: Klikk her

Ny indikatorbeskrivelse under utarbeidelse i Helsedirektoratet. Inntil videre brukes gammel definisjon

Indikator nr: HSØ: Nr. 4c	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst	4c - Epikrisetid – Tverrfaglig spesialisert behandling (Rus)
Versjon nr 1.2	Godkjent av: Mari Trommald	Godkjent dato: Desember 2008

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 7 dager¹ (etter utskrivningsdato/avslutningsdato) etter avsluttet behandling ved innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk konsultasjonsserie (episode i NPR-record).

Begrepsavklaringer

Begrepsavklaringer

Epikrise

Er beskrevet i Forskrift om pasientjournal §9¹ og er en sammenfatning av journalopplysninger som sendes det helsepersonell som trenger opplysninger for å kunne gi pasienten nødvendig og forsvarlig oppfølging. Epikrisen er vanligvis knyttet til én innleggelse i en sengeavdeling, men er også gjeldende for poliklinisk behandling og tjener som dokumentasjon på pasientbehandlingen.

Foreløpig epikrise, sykepleiedokumentasjon og fysioterapi- sammenfatninger etc. inngår *ikke* i definisjonen eller i omfanget av indikatoren.

Epikrisetid

Tid (i dager) som går med fra pasienten skrives ut fra behandlingsstedet (utskrivningsdato), eller (avslutningsdato) etter poliklinisk behandling, til epikrisen er sendt ut elektronisk eller pr post.

Dersom epikrisen sendes før avslutningsdato, vil epikrisetid bli beregnet fra epikrise sendt dato til nærmeste dato for en relevant kontakt (behandling).

Avslutningsdato

Den dato hvor pasient eller pårørende har siste planlagte kontakt med poliklinikken i gjeldende polikliniske konsultasjonsserie (episode).

Hvis det utover denne dato er avtalt en definert periode hvor pasient eller familie skal kunne ta kontakt ved behov, skal avslutningsdato være siste dag i denne perioden hvis det ikke gjøres andre avtaler i mellomtiden.

For ikke-planlagte avslutninger (for eksempel pasienten eller behandler blir forhindret eller uteblir) defineres avslutningsdato som den dato poliklinikken bestemmer at den polikliniske konsultasjonsserien skal avsluttes.

Begrunnelse, referanse, evidens

Epikrisetid er et uttrykk for samhandling/kommunikasjon mellom institusjon og øvrig sosial- og helsetjeneste. Lang epikrisetid svekker muligheten til kontinuitet i behandlingen og sikker oppfølging etter utskrivelse. Gjennom måling av epikrisetid rettes oppmerksomhet mot uønsket lang epikrisetid, og vil på den måten bidra til helhet og kontinuitet i tjenestetilbudet.

Type indikator

Indikatoren er en prosessindikator og betegner de aktiviteter og ressurser som vedrører produksjonen av en epikrise fra pasienten er utskrevet/polikliniske konsultasjonsserie er avsluttet (episode) til epikrise er sendt.

Indikatoren uttrykker hvor stor andel av epikrisene som er sendt ut innen 7 dager.

Mål fra 2011 (HOD): 100 % av epikrisene skal være utsendt innen 7 dager.

¹ FOR 2000-12-21 nr 1385: Forskrift om pasientjournal § 9 med kommentarer.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon Innlagte pasienter (døgnoophold), dagpasienter og polikliniske pasienter (avsluttet poliklinisk behandlingsserie)		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall sendte epikriser innen 7 dager etter utskrivning (døgnbehandling), avsluttet dagbehandling/poliklinisk behandlingsserie (avsluttet henvisningsperiode, også kalt avsluttede episoder i ny NPR-record).	
Nevner	Sum utskrivninger, døgn, dagbehandlinger og avsluttede polikliniske behandlinger i rapportperioden.	
Datakilde Data hentes fra pasientadministrativt datasystem og rapporteres til Helse Sør-Øst RHF i hht. interne retningslinjer (Rapportpakken). Epikrisetid beregnes deretter som $\text{Dato Utskrivning} - \text{Dato Epikrise sendt}$		
Bearbeiding / aggregering av data Indikator uttrykkes i prosent: $\text{Andel} = (\text{Antall sendte epikriser innen 7 dager} / \text{antall utskrivninger}) \times 100$ Data foreslås beregnet (avhengig av lokale behov) for: - hver institusjon/avdeling - hvert helseforetak Rapportering til Helse Sør-Øst RHF skjer på HF-nivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som • Grunnlag for kvalitetsforbedring • Styringsinformasjon
Underliggende faktorer som kan forklare variasjon Venting på prøvesvar, undersøkelser, rapporter mv. som er av betydning for diagnose og behandling kan være avgjørende for hvor lang epikrisetid som er nødvendig. Det kan forekomme utskrivninger hvor det er besluttet at epikrise ikke skal sendes ut. Blant annet kan pasienten eller foresatte motsette seg utsending av epikrise, jf. helsepersonelloven og forskrift om pasientjournal. Disse utskrivningene vil likevel inngå i nevneren og kan medføre lavere andelen utsendte epikriser.
Analyse og presentasjon av data Data aggregert på institusjons- og foretaksnivå brukes som styringsdata. Data på avdelingsnivå og postnivå foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.

Indikator nr: Hdir: N-001 HSØ: Nr 5a	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst HOD	5a - Korridorpasienter - Somatikk
Versjon nr: 1.3	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 21.09.2012

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Antall og andel pasienter som kl. 07.00 er plassert i seng på korridor, bad, skyllerom, dagligstue m.m.¹

Begrepsavklaring

Korridorpasient

Pasient som er plassert i seng på korridor, bad, skyllerom, dagligstue m.m.

Det regnes også som korridorpasienter når plassering på korridor velges som løsning på observasjons- eller kontaktbehov.

Dersom mor og barn etter fødsel plasseres på korridor eller lignende, skal de regnes som 2 korridorpasienter.

Gjelder ikke "ekstra" pasienter på ordinære sengeplasser eller sengeplasser som er tatt ut av drift. Det betyr at antall korridorpasienter ikke beregnes ut fra totalt overbelegg, eller som antall flere pasienter enn antall ordinære sengeplasser.

Antall liggedøgn

Med antall sengerdøgn forstås antall registrerte liggedøgn (for døgnpasienter) ved aktuelle poster/avdelinger i perioden. Antall liggedøgn beregnes på grunnlag av ordinært rapporterte aktivitetsdata for hver enkelt registrerings-/rapporteringsperiode.

Begrunnelse

Dette er en relevant kvalitetsindikator fordi

- behandlingsplass i korridor er et hinder for ivaretagelse av pasientenes integritet og alminnelig verdighet.
- behandlingsplass i korridor er til hinder for ivaretagelse av lovpålagt taushetsplikt, jf. Lov om helsepersonell²
- behandlingsplass i korridor er til hinder for god behandling og pleie
- pasientseng i evakueringsområde er et alvorlig sikkerhetsmessig avvik, jf. brannforskriften³ og internkontrollforskriften⁴

Indikatoren er en videreføring av Statens Helsetilsyns punkttellinger av antall korridorpasienter i sykehusene med endring av tidspunktet for telling fra kl. 08 til kl. 07. Tidspunkt for telling er satt til kl. 07 for å få med de pasienter som faktisk har ligget på korridor plass om natten, og før flytting av sengen skjer som følge av undersøkelser med mer.

Type indikator

Indikatoren er en prosessindikator (styring av pasientstrøm)..

Indikatoren uttrykker

¹ Jf. Helsetilsynets rapport i forbindelse med kartlegging av korridorpasienter i 1998 og 2000.

² Lov om helsepersonell m. v

³ Forskrift om brannforebyggende tiltak og tilsyn § 2-1 og 2-3 iht. Lov om vern mot brann, eksplosjon og ulykker med farlig stoff og om brannvesenets redningsoppgaver

⁴Jf Internkontrollforskriften § 5.6.

Antall og omfang av uønskede hendelser.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall korridorpasienter kl. 07.00 hver dag for alle sengeposter	Psykiatriske akuttpasienter
Nevner	Totalt antall liggedøgn ved de samme sengepostene i perioden	
Tidligere ble det benyttet antall effektive senger (basert på definisjoner benyttet i SAMDATA-rapporter) i nevneren. I praksis viser det seg vanskelig å fremskaffe sikre data for antall effektive senger. Det er derfor valgt å relatere antall korridorpasienter til totalt antall sengerdøgn i perioden.		
Datakilde Sykehusenes manuelle registrering av korridorpasienter (korridorpasienter) og virksomhetsdata (liggedøgn).		
Rapportering, bearbeiding og aggregering og av data Indikatoren antall korridorpasienter <u>rapporteres</u> til avtalt datamottak i institusjonen uten pasientnavn eller begrunnelse for hendelsen. Datamottak i institusjonen rapporterer videre til Norsk pasientregister (NPR) på oppgitt rapporteringstidspunkt mht. antall korridorpasienter. Rapportering til Helse Sør-Øst RHF skjer i hht. interne retningslinjer (Rapportpakken). NPR bearbeider og aggregerer datamaterialet etter gitte retningslinjer. Bearbeiding av data ved NPR Antall og andel korridorpasienter (senger) oppgis i prosent. <u>Gjennomsnittlig antall korridorpasienter per dag i perioden</u> = totalt antall korridorpasienter i perioden / antall dager i perioden <u>Gjennomsnittlig andel korridorpasienter i perioden</u> = (gjennomsnittlig antall korridorpasienter i perioden / gjennomsnittlig antall sengerdøgn) x 100 Rapportering til Helse Sør-Øst RHF skjer på HF-nivå. Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehus-/institusjonsnivå.		

3 TOLKNING OG PRESENTASJON AV RESULTATER

Indikatoren brukes som ▪ Grunnlag for kvalitetsforbedring ▪ Informasjon til pasienter og henvisende leger ▪ Styringsinformasjon
Analyse og presentasjon av data Data aggregert på behandlingsstedet rapporteres og publiseres nasjonalt som gjennomsnittlig antall korridorpasienter pr. dag og som gjennomsnittlig andel korridorpasienter i perioden. Data på avdelingsnivå og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid. Tall for behandlingsstedet presenteres på nettsiden for Fritt Sykehusvalg som grunnlag for pasientens valg av behandlingssted samt på Helsedirektorates nettsider: www.helsenorge.no, www.frittSykehusvalg.no og http://nesstar2.shdir.no/kvalind/.

Indikator nr: HSØ: 7 a/b/c	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst	7 a, b og c - Antall og andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter - somatikk
Versjon nr 3.0	Godkjent av: Alice Beathe Andersgaard	Godkjent dato: 19. desember 2012

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren:

Indikator 1(7a): Antall registrerte utskrivningsklare pasienter somatikk i perioden (aktuell måned).

Indikator 2 (7b/7c): Andel liggedøgn for utskrivningsklare pasienter somatikk i perioden (aktuell måned) i forhold til totalt antall liggedøgn. Med liggedøgn for utskrivningsklare pasienter menes liggedøgn fra pasienten er meldt utskrivningsklar til pasienten er overført til kommunen

Begrepsavklaringer:

Hva er utskrivningsklare pasienter, jfr. "Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter"¹:

Forenklet fra forskriften skal følgende prosesser skje når sykehuset mottar en pasient som kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter sykehusoppholdet:

1. Ved innleggelse skal kommunen varsles om pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt, jfr §8
2. Forskriften beskriver når en pasient kan erklæres utskrivningsklar fra sykehuset, jfr §9
3. Når pasienten er erklært utskrivningsklar skal kommunen varsles. Dette gjelder kun pasienter som har behov for kommunale tilbud, jfr §10
4. Kommunen skal etter å ha mottatt varsel, straks gi beskjed om pasienten kan tas imot eller når dette er mulig, jfr §11
5. Ved bekreftet plass har sykehuset ansvar for å overføre pasienten til kommunen, jfr §12
6. Betalingsplikten, §13, inntreffer når alle disse tre kravene er oppfylt:
 - Pasienten er erklært utskrivningsklar, jfr §9
 - De formelle prosessene i §8 og §10 er gjort
 - Kommunen melder at de ikke kan ta imot eller ikke har svart på varsel, §11

NB! Ifølge forskriften blir kommunen ikke belastet betaling for utskrivningsklare pasienter, som overføres til kommunen samme dag.

I 2012 er kun tidspunkt i § 9 (pkt 2) tilgjengelig i NPR-meldingen (v. 48). Fra og med 2013 (v. 49) vil alle tidspunktene som beskrevet over være tilgjengelig i meldingen. I rapporteringen om utskrivningsklare til Helse Sør-Øst RHF skal helseforetakene bruke tidspunktet i § 9 som utgangspunkt for sine tall.

Rapporteringen skal ekskludere pasienter som ikke har liggedøgn etter at de er meldt utskrivningsklar.

Begrunnelse, referanse, evidens

Å få god oversikt og dokumentasjon på omfang av ferdigbehandlende pasienter ved sykehusene, og for å stimulere helseforetakene til god planlegging og godt samarbeid med kommunene ved utskrivelser.

¹ <http://www.lovdato.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20111118-1115.html>

Type indikator

Prosess og resultatindikator

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon: <u>Somatikk:</u> (alle sengeposter for innlagte pasienter)	Ekskludert populasjon Dagpasienter og sengeposter brukt til dagpasienter, Nyfødt- og føde/barsel avd., postoperativ- og intensivavdelinger. Pasienter som meldes utskrivningsklar, men som overføres til kommunen samme dag.
Indikator 1 (7a)	Sum antall utskrivningsklare pasienter (7a) i perioden (aktuell måned)	
Indikator 2 (7 b/c)		
Teller	Totalt antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter (7b) i perioden (aktuell måned)	
Nevner	Totalt antall liggedøgn (7c) alle pasienter i den samme perioden	
Datakilde Det pasientadministrative system (PAS).		
Bearbeiding/aggregering av data Data oppgis som antall liggedøgn og andel (prosent) liggedøgn for utskrivningsklare i perioden Gj.snitt andel utskrivningsklare = (Sum antall liggedøgn for utskrivningsklare i perioden / totalt antall liggedøgn i perioden) x 100 Data rapporteres på HF-nivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som
▪ Grunnlag for kvalitetsforbedring ▪ Styringsinformasjon ▪ Dokumentasjon i samhandling med kommunene
Analyse og presentasjon av data
Data aggregert på helseforetaksnivå rapporteres og brukes til å følge opp indikatoren fra RHF-et. Data på institusjons- og avdelingsnivå foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.

Indikator nr: HSØ: 7 d/e/f	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst	7 d, e og f - Antall og andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter - psykisk helsevern voksne
Versjon nr 3.0	Godkjent av: Alice Beathe Andersgaard	Godkjent dato: Desember 2011

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren:

Indikator 1(7d): Antall registrerte utskrivningsklare pasienter psykisk helsevern for voksne i perioden (aktuell måned).

Indikator 2 (7e/f): Andel liggedøgn for utskrivningsklare pasienter psykisk helsevern for voksne i perioden (aktuell måned) i forhold til totalt antall liggedøgn. Med liggedøgn for utskrivningsklare pasienter menes liggedøgn fra pasienten er meldt utskrivningsklar til pasienten er overført til kommunen

Begrepsavklaringer:

Vi bruker samme definisjon av en utskrivningsklar pasient, som i tilsvarende indikator for somatikk (jfr. indikator 7 a, b og c), selv om den nye forskriften om *kommunal betaling* for utskrivningsklare pasienter foreløpig kun gjelder innen somatikk:

Hva er utskrivningsklare pasienter, jfr. "Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter"¹:

Forenklet fra forskriften skal følgende prosesser skje når sykehuset mottar en pasient som kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter sykehusoppholdet:

1. Ved innleggelse skal kommunen varsles om pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt, jfr §8
2. Forskriften beskriver når en pasient kan erklæres utskrivningsklar fra sykehuset, jfr §9
3. Når pasienten er erklært utskrivningsklar skal kommunen varsles. Dette gjelder kun pasienter som har behov for kommunale tilbud, jfr §10
4. Kommunen skal etter å ha mottatt varsel, straks gi beskjed om pasienten kan tas imot eller når dette er mulig, jfr §11
5. Ved bekreftet plass har sykehuset ansvar for å overføre pasienten til kommunen, jfr §12
6. Betalingsplikten, §13, inntreffer når alle disse tre kravene er oppfylt:
 - Pasienten er erklært utskrivningsklar, jfr §9
 - De formelle prosessene i §8 og §10 er gjort
 - Kommunen melder at de ikke kan ta imot eller ikke har svart på varsel, §11

NB! Ifølge forskriften blir kommunen ikke belastet betaling for utskrivningsklare pasienter, som overføres til kommunen samme dag.

I 2012 er kun tidspunkt i § 9 (pkt 2) tilgjengelig i NPR-meldingen (v. 48). Fra og med 2013 (v. 49) vil alle tidspunktene som beskrevet over være tilgjengelig i meldingen. I rapporteringen om utskrivningsklare til Helse Sør-Øst RHF skal helseforetakene bruke tidspunktet i § 9 som utgangspunkt for sine tall.

Rapporteringen skal ekskludere pasienter som ikke har liggedøgn etter at de er meldt utskrivningsklar.

Begrunnelse, referanse, evidens

Å få god oversikt og dokumentasjon på omfang av ferdigbehandlende pasienter ved sykehusene, og

¹ <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20111118-1115.html>

for å stimulere helseforetakene til god planlegging og godt samarbeid med kommunene ved utskrivelser.

Type indikator

Prosess og resultatindikator

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon: Psykisk helsevern voksne (alle sengeposter for innlagte pasienter)	Ekskludert populasjon Dagpasienter og sengeposter brukt til dagpasienter. Pasienter som meldes utskrivningsklar, men som overføres til kommunen samme dag.
Indikator 1 (7d)	Sum antall utskrivningsklare pasienter (7d) i perioden (aktuell måned)	
Indikator 2 (7e/f)		
Teller	Totalt antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter (7e) i perioden (aktuell måned)	
Nevner	Totalt antall liggedøgn (7f) alle pasienter i den samme perioden	
Datakilde Det pasientadministrative system (PAS).		
Bearbeiding/aggregering av data Data oppgis som antall registrerte liggedøgn i perioden og gj. snitt andel (prosent) liggedøgn for utskrivningsklare i perioden, Gj.snitt andel utskrivningsklare = (Sum antall liggedøgn for utskrivningsklare i perioden / totalt antall liggedøgn i perioden) x 100 Data rapporteres på HF-nivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som ▪ Grunnlag for kvalitetsforbedring ▪ Styringsinformasjon ▪ Dokumentasjon i samhandling med kommunene
Analyse og presentasjon av data Data aggregert på helseforetaksnivå rapporteres og brukes til å følge opp indikatoren fra RHF-et. Data på institusjons- og avdelingsnivå foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.

Indikator nr: HSØ: 7 g/h/i	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst	7 g, h og i - Antall og andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter – TSB (Rus)
Versjon nr 3.0	Godkjent av: Alice Beathe Andersgaard	Godkjent dato: Desember 2011

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren:

Indikator 1(7g): Antall registrerte utskrivningsklare pasienter TSB i perioden (aktuell måned).

Indikator 2 (7h/7i): Andel liggedøgn for utskrivningsklare pasienter TSB i perioden (aktuell måned) i forhold til totalt antall liggedøgn. Med liggedøgn for utskrivningsklare pasienter menes liggedøgn fra pasienten er meldt utskrivningsklar til pasienten er overført til kommunen

Begrepsavklaringer:

Vi bruker samme definisjon av en utskrivningsklar pasient, som i tilsvarende indikator for somatikk (jfr. indikator 7 a, b og c), selv om den nye forskriften om *kommunal betaling* for utskrivningsklare pasienter foreløpig kun gjelder innen somatikk:

Hva er utskrivningsklare pasienter, jfr. "Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter"¹:

Forenklet fra forskriften skal følgende prosesser skje når sykehuset mottar en pasient som kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter sykehusoppholdet:

1. Ved innleggelse skal kommunen varsles om pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt, jfr §8
2. Forskriften beskriver når en pasient kan erklæres utskrivningsklar fra sykehuset, jfr §9
3. Når pasienten er erklært utskrivningsklar skal kommunen varsles. Dette gjelder kun pasienter som har behov for kommunale tilbud, jfr §10
4. Kommunen skal etter å ha mottatt varsel, straks gi beskjed om pasienten kan tas imot eller når dette er mulig, jfr §11
5. Ved bekreftet plass har sykehuset ansvar for å overføre pasienten til kommunen, jfr §12
6. Betalingsplikten, §13, inntreffer når alle disse tre kravene er oppfylt:
 - Pasienten er erklært utskrivningsklar, jfr §9
 - De formelle prosessene i §8 og §10 er gjort
 - Kommunen melder at de ikke kan ta imot eller ikke har svart på varsel, §11

NB! Ifølge forskriften blir kommunen ikke belastet betaling for utskrivningsklare pasienter, som overføres til kommunen samme dag.

I 2012 er kun tidspunkt i § 9 (pkt 2) tilgjengelig i NPR-meldingen (v. 48). Fra og med 2013 (v. 49) vil alle tidspunktene som beskrevet over være tilgjengelig i meldingen. I rapporteringen om utskrivningsklare til Helse Sør-Øst RHF skal helseforetakene bruke tidspunktet i § 9 som utgangspunkt for sine tall.

Rapporteringen skal ekskludere pasienter som ikke har liggedøgn etter at de er meldt utskrivningsklar.

Begrunnelse, referanse, evidens

Å få god oversikt og dokumentasjon på omfang av ferdigbehandlende pasienter ved sykehusene, og for å stimulere helseforetakene til god planlegging og godt samarbeid med kommunene ved utskrivelser.

Type indikator

¹ <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20111118-1115.html>

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon: TSB (alle sengeposter for innlagte pasienter)	Ekskludert populasjon Dagpasienter og sengeposter brukt til dagpasienter. Pasienter som meldes utskrivningsklar, men som overføres til kommunen samme dag.
Indikator 1 (7g)	Sum antall utskrivningsklare pasienter (7g) i perioden (aktuell måned)	
Indikator 2 (7 h/i)		
Teller	Totalt antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter (7h) i perioden (aktuell måned)	
Nevner	Totalt antall liggedøgn (7i) alle pasienter i den samme perioden	
Datakilde Det pasientadministrative system (PAS).		
Bearbeiding/aggregering av data Data oppgis som antall registrerte liggedøgn i perioden og gj. snitt andel (prosent) liggedøgn for utskrivningsklare i perioden, Gj.snitt andel utskrivningsklare = (Sum antall liggedøgn for utskrivningsklare i perioden / totalt antall liggedøgn i perioden) x 100 Data rapporteres på HF-nivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som ▪ Grunnlag for kvalitetsforbedring ▪ Styringsinformasjon ▪ Dokumentasjon i samhandling med kommunene
Analyse og presentasjon av data Data aggregert på helseforetaksnivå rapporteres og brukes til å følge opp indikatoren fra RHF-et. Data på institusjons- og avdelingsnivå foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.

Indikator nr: HSØ: 8a	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst	8a - Tid fra mottak av henvisning (mottaksdato) til vurdering av henvisningen er fullført
Versjon nr 1.0	Godkjent av: Folke Sundelin	Godkjent dato: Februar 2012

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren:
Gjennomsnittlig tid i dager fra mottak av pasienthenvisning ved eget sykehus til henvisningen er ferdig vurdert .
Begrepsavklaringer:
Denne indikatoren bygger på ferdig rapport i DIPS pasientsystem (D-6813). Helseforetak som fremdeles ikke bruker DIPS skal avvente til rapporteringsmulighetene er på plass med nytt pasientadministrativt system.
Gjelder alle med vurderingskompetanse. Innen PHV og TSB gjelder dette også psykologer med vurderingskompetanse.
Begrunnelse, referanse, evidens
Type indikator
Prosess og resultatindikator

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon:	Ekskludert populasjon
Indikator 1	Gjennomsnittstid for leges ferdigstilling og registrering av prioriteringsvurdering for hele måneden.	Radiologiske avdelinger
Indikator 2	Antall henvisninger vurdert (totaltall) samme måned	
Datakilde		
Det pasientadministrative system (PAS). For alle foretak med DIPS er den aktuelle rapporten D-6813		
Bearbeiding/aggregering av data		
Data rapporteres på HF-nivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som
▪ Grunnlag for kvalitetsforbedring ▪ Styringsinformasjon ▪ Dokumentasjon i samhandling med kommunene
Analyse og presentasjon av data
Data aggregert på helseforetaksnivå rapporteres og brukes til å følge opp indikatoren fra RHF-et. Data på institusjons-, divisjons- og avdelingsnivå foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.
Dette er rapporter som kan være tidkrevende å generere – og det bør derfor vurderes å hente ut lokale tall divisjonsvis som grunnlag for samletallet pr. helseforetak

Definisjon av uttrekk i DIPS

8 a Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning (mottaksdato ved eget sykehus) til vurdering av henvisningen er fullført

Beskrivelse av uttak av data

Bestill rapport 6813.

Tidsrom 2 år tilbake. Bakgrunnen for at det må hentes data langt tilbake er for å fange opp eventuelle gamle henvisninger som nylig er vurdert.

Velg alle avdelinger, unntatt radiologiske avdelinger.

Indikator 1:

Filtrer på *Vurderingsdato* ved å sette *Større enn eller lik* første dato og *Mindre enn eller lik* siste dato i perioden du ønsker å se på.

Velg primærhenvisning= verdi 1

Vurderingsdager er differansen mellom mottaksdato – og vurderingsdato (ikke ansiennitetsdato)

Høyreklikk på kolonnen *Antall vurderingsdager* og velg gjennomsnitt.

Indikator 2:

Les av antall henvisninger vurdert i perioden (1 måned tilbake).

Indikator nr: HSØ: 8b	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst	8b - Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle
Versjon nr 1.1	Godkjent av: Alice Beathe Andersgaard	Godkjent dato: 5. Desember 2012

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren:
Antall åpne sykepleie- eller legedokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gammel
Begrepsavklaringer:
Denne indikatoren bygger på ferdig rapport i DIPS pasientsystem (D-6813). Helseforetak som fremdeles ikke bruker DIPS skal avvente til rapporteringsmulighetene er på plass med nytt pasientadministrativt system.
Skal omfatte alle dokumenter som er mer enn 14 dager gamle – uavhengig av når de er opprettet. Det skal differensieres på dokumenter generert av henholdsvis leger, sykepleiere, og andre.
Sykehus som benytter autogodkjenning av dokumenter, må oppgi antall autogodkjente dokumenter siste måned, med samme differensiering.
Begrunnelse, referanse, evidens
Type indikator
Prosess og resultatindikator

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon:	Ekskludert populasjon Antall laboratoriesvar
Indikator 1	Totalt antall åpne dokumenter som er mer enn 14 dager gamle, uansett tidspunkt for opprettelse Indikator 2 inkludert i dette antallet	
Indikator 2	Antall dokumenter som det normalt tar mer enn 14 dager å få ferdigbehandlet, se punkt 3 – tolkning	
Indikator 3	Antall legedokumenter som er åpne og mer enn 14 dager gamle (uansett tidspunkt for opprettelse)	
Indikator 4	Antall sykepleiedokumenter som er åpne og mer enn 14 dager gamle (uansett tidspunkt for opprettelse)	
Datakilde		
Det pasientadministrative system (PAS). For alle foretak med DIPS er den aktuelle rapporten D-9582		
Bearbeiding/aggregering av data		
Data rapporteres på HF-nivå. Det må settes korrekt periode – omfatte perioden fra oppstart av EPJ-bruk og til for 14 dager siden (dvs.den 16. ved rapporter som tas ut den 30.).		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som
▪ Grunnlag for kvalitetsforbedring ▪ Styringsinformasjon

- Dokumentasjon i samhandling med kommunene

Analyse og presentasjon av data

Data aggregert på helseforetaksnivå rapporteres og brukes til å følge opp indikatoren fra RHF-et. Data på institusjons- og avdelingsnivå foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.

Definisjon av uttrekk i DIPS

8 b Antall åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle

Beskrivelse av uttak av data

Bestill rapport 9582.

Tidsrom dato fra (tilsvarende oppstart av DIPS ved foretaket) og tildato, 14 dager tilbake i tid (dvs.den 16. ved rapporter som tas ut den 30.)

Velg alle avdelinger.

Indikator 1:

I kolonnen *Oppgavetype*: utelat *Diktat til ferdigstilling* og *Diktat til skriving*

Les av totalantall av dokumenter som ikke er godkjent/ferdigstilt

Indikator 2:

Sett hake for dokumenter som skal trekkes ut/markeres i rapporteringen (personskadeskjema, BDS-skjema, infeksjonsregistrering, kreftmeldinger) i kolonne *Dokumenttypebetegnelse*. Les av antall dokumenter som ikke er mulig å godkjenne/ferdigstille innen 14 dager.

Indikator 3 og 4:

Sorter på kolonnen *Forfatters tittel* for å finne antall legedokumenter og antall sykepleierdokumenter

Indikator nr: HSØ: 8c	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst indikatorsett	8c - Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt
Versjon nr 1.0	Godkjent av: Folke Sundelin	Godkjent dato: Februar 2012

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren: Antall pasienter der henvisningsperioden fortsatt holdes åpen uten at avtale om ny kontakt er registrert
Begrepsavklaringer: Denne indikatoren bygger på ferdig rapport i DIPS pasientsystem (D-6813). Helseforetak som fremdeles ikke bruker DIPS skal avvente til rapporteringsmulighetene er på plass med nytt pasientadministrativt system.
Begrunnelse, referanse, evidens
Type indikator Prosess og resultatindikator

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon:	Ekskludert populasjon
Indikator	Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt	Radiologiske avdelinger
Datakilde Det pasientadministrative system (PAS). For alle foretak med DIPS er aktuell rapport D-7221		
Bearbeiding/aggregering av data Data rapporteres på HF-nivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som ▪ Grunnlag for kvalitetsforbedring ▪ Styringsinformasjon ▪ Dokumentasjon i samhandling med kommunene
Analyse og presentasjon av data Data aggregert på helseforetaksnivå rapporteres og brukes til å følge opp indikatoren fra RHF-et. Data på institusjons- og avdelingsnivå foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid. Det må settes korrekt periode – fra dato må omfatte perioden fra oppstart av EPJ-bruk.
Definisjon av uttrekk i DIPS 8 c Antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt
<u>Beskrivelse av uttak av data</u> Bestill rapport 7221, tidsrom dato fra (tilsvarende oppstart av DIPS ved foretaket) til 7 dager tilbake i tid. Sett hake for <i>Ta med ø-hjelpshenvisninger</i> Velg alle avdelinger, unntatt radiologiske avdelinger. Les av antall henvisningsperioder øhjelpe Les av antall henvisningsperioder elektiv

Indikator nr: HSØ: 9a/b/c	Indikator relatert til: HSØ HOD	9a, b og c - Andel fristbrudd – somatikk, psykisk helsevern (VOP og BUP) og TSB
Versjons nr 3.0	Godkjent av:	Godkjent dato:

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Andel avviklede pasienter som opplever fristbrudd i aktuell periode. Pasienten er ordinært avviklet og er rettighetspasient. Et fristbrudd oppstår når frist for nødvendig helsehjelp er passert og ventetid sluttdato ikke er satt. For ordinært avviklede telles fristbrudd for henvisninger med ventetid sluttdato etter fristdato. Pasient- og medisinsk bestemte utsettelse samt henvisninger uten gyldig frist er holdt utenfor.

Omfatter områdene: Somatikk, psykisk helsevern voksne, psykisk helsevern barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Begrepsavklaringer

Pasienter med rett til nødvendig helsehjelp – jf. Prioriteringsforskriften § 4.

Begrunnelse, referanse, evidens

RHF-et og HF-ene skal følge opp at pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften etterleves.

Målet er null fristbrudd.

Til og med 2011 besto rapportering av andel fristbrudd av både ventende pasienter og de som var avviklet. Ved å skille fristbruddpasienter mellom de som er avviklet og de som fortsatt venter på behandling får man et bedre mål på problemet samtidig som man ikke får dobbeltregistreringer av fristbruddpasienter.

Type indikator: Prosessindikator

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon

	Alle pasienter som er tildelt rett til nødvendig helsehjelp, jf. prioriteringsforskriften.	Ekskludert populasjon
Teller	Antall fristbruddpasienter med registrert med rett til nødvendig helsehjelp og som ble ordinært avviklet i aktuell periode	Ikke-ordinært avviklede pasienter, pasienter uten gyldig frist og pasienter med pasient- eller medisinskbestemte utsettelse
Nevner	Alle rettighetspasienter tatt til behandling i samme periode	

Datakilde

Det pasientadministrative systemet.

Helse Sør-Øst vil fra 2012 benytte fristbrudd-data som er sammenstilt av NPR og som oppdateres månedlig i eget excel-ark på NPRs nettsted for ventelistedata: <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/rhf/Sider/helse-sorost.aspx>

Bearbeiding/aggregering av data

Data sammenstilles på HF-nivå og tjenesteområde.

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

- Grunnlag for kvalitetsforbedring

▪ Styringsinformasjon

Analyse og presentasjon av data

Data aggregert på helseforetaksnivå brukes til å følge opp indikatoren fra RHF-et. Data på institusjons- og avdelingsnivå foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.

Indikator nr: 11 c/d/e	Indikator relatert til: Helse Sør-Øst	11 c, d og e - Andel ambulante konsultasjoner psykisk helsevern VOP,BUP og TSB
Helse Sør-Øst		
Versjon nr: 2.0	Godkjent av: Folke Sundelin	Godkjent dato: Desember 2010

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

- 1) Andel polikliniske konsultasjoner utført ambulant i forhold til totalt antall polikliniske konsultasjoner psykisk helsevern for voksne.
- 2) Andel polikliniske konsultasjoner utført ambulant i forhold til totalt antall polikliniske konsultasjoner psykisk helsevern for barn og unge.
- 3) Andel polikliniske konsultasjoner utført ambulant i forhold til totalt antall polikliniske konsultasjoner TSB.

Begrepsavklaring

Ambulant behandling er når behandler oppsøker pasienten utenfor behandlingsstedet. Behandling kan skje hjemme hos pasienten eller annet sted. Ambulant behandling er poliklinisk behandling og følger reglene i takstforskriften.¹

Begrunnelse

Det skjer nå en helsepolitisk satsning på ambulant behandling i psykisk helsevern og rus. Det er et mål at alle DPS skal ha tilbud om ambulant behandling i 2008.² (St. prp. nr. 1 (2005-2006)). Det er nå videre også et krav fra HOD om rapportering av ambulante konsultasjoner for psykisk helsevern for barn og unge.

Ambulant behandling er tid- og resursskrevende sett i forhold til poliklinisk virksomhet foretatt i egne lokaler og har dermed betydning for totalt antall konsultasjoner som HF-et kan yte med gitte ressurser. Omfang av ambulant virksomhet i forhold til øvrig poliklinisk virksomhet er derfor av interesse å kartlegge.

Type indikator

Indikatoren er prosess og resultatindikator.

Indikatoren uttrykker

Omfang av ambulant virksomhet ved helseforetaket.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
	Psykisk helsevern voksne, barn/unge og TSB	
Teller	Totalt ant. ambulante konsultasjoner (VOP, BUP, TSB) som gir NAV-refusjon	
Nevner	Totalt antall polikliniske konsultasjoner (VOP, BUP, TSB) som gir NAV-refusjon	

¹ Veileder for registrering av aktivitetsdata i psykisk helsevern. Innrapportering til NPR. IS-1541, Shdir, 2008.

² St. prp. nr. 1 (2005-2006).

Datakilder

Pasientadministrative system (PAS).

Data er i dag tilgjengelige i PAS-systemet kodet som behandlingssted. Det er derfor viktig at behandlingssted kodes komplett og riktig ved alle polikliniske konsultasjoner

Rapportering, bearbeiding og aggregering og av data

Data (teller og nevner) rapporteres på vanlig måte i rapporteringsmal (Rapportpakken)

Resultatet oppgis som andel i prosent.

Rapportering av indikatoren skal skje på HF-nivå.

3 TOLKNING OG PRESENTASJON AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

- Grunnlag for kvalitetsforbedring
- Informasjon til sykehusledelsen
- Styringsinformasjon

Analyse og presentasjon av data

Data aggregert på helseforetaksnivå brukes til å følge opp indikatoren fra RHF. Data på institusjons- og avdelingsnivå forslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid.

 Helsedirektoratet

Indikator nr: Hdir: N-004 HSØ: Nr 12	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett Somatikk	12 Preoperativ liggetid ved lårhalsbrudd
Versjon nr : 1.3	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 18.12.2008

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Andelen pasienter over 65 år med lårhalsbrudd, som blir operert i løpet av 48 timer etter innleggelse tiltrengende øyeblikkelig hjelp.

Begrepsavklaringer

Lårhalsbrudd

Brudd i den proximale delen av lårbenet. Brudd i selve lårhalsen, brudd per-/intertrokantært og subtrokantære brudd regnes med.

Preoperativ liggetid

Tiden fra innleggelse til operasjonstart (knivstart).

Begrunnelse, referanse, evidens

Lårhalsbrudd forekommer hyppig, særlig hos eldre. Aldersspesifikk forekomst synes å øke, og denne økningen er ikke bare knyttet til det faktum at befolkningen blir eldre [1].

Lårhalsbrudd har alvorlige konsekvenser i form av smerter og ubehag, men også tappt funksjon, redusert livslengde, øket hjelpebehov og øket behov for institusjonsomsorg. I tillegg kommer samfunnsmessige konsekvenser av økonomisk art knyttet til behandling og omsorg. Behandlingen er operativ, enten i form av nagling eller proteseoperasjon.

Ventetid over 1,5 - 2 døgn før operasjon er i noen [2, 3], men ikke alle [4] studier vist å ha sammenheng med dårligere resultat. Det er valgt å sette grensen til 2 døgn (48 timer). Dette er i samsvar blant annet med anbefalingene i indikatorprosjektet til OECD for denne indikatoren.

Ventetiden før operativ behandling kan også sees som et uttrykk for prioritering av eldre behandlingstrengende pasienter innenfor kirurgiske-/ortopediske avdelinger. Indikatoren er derfor et uttrykk for på hvilken måte kravet om et likeverdig helsetilbud for eldre ivaretas.

Type indikator

Denne indikatoren er en prosessindikator som uttrykker hvordan eldre pasienter med lårhalsbrudd prioriteres i operasjonskøen.

Mål

Pasienter med lårhalsbrudd bør opereres raskt og fortrinnsvis innen 48 timer

2. METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
Alle pasienter over 65 år innlagt som øyeblikkelig hjelp med lårhalsbrudd.		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall pasienter med diagnosekoder S72.0-2 som får utført prosedyrer i form av naglinger eller protese-operasjoner innen 48 timer fra innleggelsestidspunkt. Aktuelle inngrepskoder finnes innenfor NOMESKOs klassifikasjon for kirurgiske prosedyrer (se vedlegg).	Pasienter som får gjort en elektiv operasjon for lårhalsbrudd.
Nevner	Alle innlagte pasienter med diagnosen S72.0-2 som får utført aktuelle prosedyrer.	
Indikatoren uttrykkes i prosent: (Antall opererte innen 48 timer / totalt antall opererte) x 100.		
Datakilde Pasientdata hentes fra pasientadministrative system og rapporteres manuelt til Norsk pasientregister.		
- Pasienter som har lårhalsbrudd som <u>hoveddiagnose</u> registreres. Lårhalsbrudd har diagnosekoder : S72.0 Brudd i lårhals (Hoftebrudd INA). S72.1 Pertrokantært brudd S72.2 Subtrokantære brudd Bruddene kan være med eller uten forskyvning. Alle typer registreres. Sidelokalisasjon anføres; ZXA00 for høyre side og ZXA05 for venstre side. - Rapporteringen omfatter pasienter med alder >= 65 år og med innleggelsesmåte øyeblikkelig hjelp - Innleggelsestidspunkt og tidspunkt for kirurgisk prosedyre registreres i pasientadministrativt system		
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data Registrerte data innhentes og bearbeides av Norsk pasientregister ved hvert tertial. Innkalling sendes i forkant av rapportering. Behandlingsstedene får tilbakemeldt resultatene for korreksjoner/kommentarer før publisering av resultatene.		
Nasjonal rapportering skal skje på sykehusnivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som Styringsparameter ved prioritering av operasjoner og organisering av operativ virksomhet.
Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner Pasientkarakteristika, blant annet kan annen underliggende sykdom eller andre samtidige skader medføre utsettelse av operasjon.

Analyse og presentasjon av data

Data aggregert på behandlingsstedet publiseres nasjonalt i form av prosentandel som venter mindre enn 48 timer fra innleggelse til operasjonsstart.

Data på avdelingsnivå og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid. Tall for behandlingsstedet presenteres på nettsiden for Fritt Sykehusvalg som grunnlag for pasientens valg av behandlingssted.

Referanser:

1. Gillespie, W., *Hip fracture*. BMJ Clinical evidence, 2002(7): p. 992-1013.
2. Zuckerman, J.D., et al., *Postoperative complications and mortality associated with operative delay in older patients who have a fracture of the hip*. J Bone Joint Surg Am, 1995. **77**(10): p. 1551-6.
3. Laberge, A., Bernard, P.M. and Lamarche, P.A., *Relationship between preoperative delay in hip fractures, postoperative complications and risk of death*. Rev Epidemiol Sante Publique, 1997. **45**(1): p. 5-12.
4. Tonetti, J., et al., *Proximal femoral fractures in patients over 75 years. Vital and functional prognosis of a cohort of 78 patients followed during 2.5 years*. Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot, 1997. **83**(7): p. 636-44.

Tabellarisk oversikt over mulige diagnose-, prosedyre og reposisjonskoder.

Diagnoser	Prosedyrer	Reposisjonskode
S72.0	NFJ60	NFJ00
S72.0	NFJ70	NFJ00
S72.0	NFJ 80	NFJ00
S72.0	NFB12	UAKTUELT
S72.1	NFJ81	NFJ01
S72.1	NFJ61	NFJ01
S72.1	NFJ51	NFJ01
S72.2	NFJ82	NFJ02
S72.2	NFJ62	NFJ02
S72.2	NFJ52	NFJ02

I tillegg kodes side med: høyre side ZXA00 eller venstre side ZXA05.

Man kan kode bilateralt ZXA10 i de meget sjeldne tilfelle det opereres bilateralt.

Man koder også operasjonstid (knivtid) med ZXE00 for mindre enn en time, ZXE10 for mellom en og tre timer.

Utarbeidet av Kvalitetsutvalget i Norsk Ortopedisk forening, desember 2002.



Indikator nr: Hdir: N-009 HSØ: Nr 13	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett Somatikk	13 Hyppighet av keisersnitt
Versjon nr: 1.2	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 18.12.2008

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Andel forløsninger foretatt ved keisersnitt total, og andel keisersnitt utført hhv. som øyeblikkelig hjelp og planlagt (elektivt).

Begrepsavklaringer

Operativ forløsning ved keisersnitt.

Begrunnelse, referanse, evidens

Indikatoren er en oppfølging av "Gjennombruddprosjektet" i gynekologi i 1999.¹ Dette prosjektet, samt flere andre undersøkelser, har vist betydelig variasjoner i hyppighet av keisersnitt ved ellers sammenlignbare fødeavdelinger i Norge. Variasjonene kan ikke bare forklares ut fra forhold hos de fødende (pasientsammensetning) og andelen kvinner som selv velger forløsning ved keisersnitt (selvbestemt).

Operativ forløsning med keisersnitt innebærer risiko for komplikasjoner for moren samt en økt sannsynlighet for forløsning ved keisersnitt ved senere fødsler mv. Optimalt nivå for andel keisersnitt er ikke kjent, men andelen har økt de senere årene og var i 2002 på 15,8% på landsbasis.² Variasjon i hyppighet av keisersnitt behøver ikke være uttrykk for variasjoner i kvalitet i seg selv, men store variasjoner (ytterpunktene) kan indikere kvalitetsforskjeller. Nærmere analyse av data kan gi grunnlag for fagmiljøene for hva som bør være optimal og god praksis.

Type indikator

Denne type indikator vil i hovedsak være en prosessindikator.

Indikatoren uttrykker

Andel keisersnitt kan være uttrykk for pasientsammensetningen. Særlig gjelder dette andel øyeblikkelig hjelp keisersnitt. Andre forhold kan være policy ved avdelingen og andel selvbestemte keisersnitt. Indikatoren kan også være et uttrykk for om den svangerskapsomsorgen, fødselsovervåkning og den fødselshjelp som drives, er kvalitetsmessig god.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

¹ Gjennombruddsprosjektet Dnlf og Statens helsetilsyn 1999

² Folkehelseinstituttet, 2004

Indikatorpopulasjon

Antall fødsler og keisersnittsandeler beregnes ut fra hoveddiagnoser (ICD-10) og prosedyrekoder i NCSP (The NOMESCO Classification of Surgical Procedures¹).

	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	1. <u>Akutt keisersnitt</u> Alle fødsler med prosedyrekode MCA* og tilleggsprosedyre for hastegrad ZXD00 (akutt) 2. <u>Elektiv keisersnitt</u> Alle fødsler med prosedyrekode MCA* og tilleggsprosedyre for hastegrad ZXD10 (elektiv) Ved keisersnitt uten registrerte tilleggsprosedyrer avgjøres hastegrad av innmåten	
Nevner	Alle fødsler ved samme institusjon i den angitte periode. Fødsler har hoveddiagnose Z370/Z372 og samtidig DRG 370-375	

Datakilde

Data hentes fra pasientadministrative systemer (PAS)

Bearbeiding, aggregering og rapportering av data

Registrerte data innhentes og bearbeides av Norsk pasientregister (NPR) ved hvert tertial. Innkallingsbrev sendes i forkant av rapportering. Institusjonene får tilbakemeldt resultatene for korreksjoner/kommentarer før publisering av resultatene

Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehus-/institusjonsnivå

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

Nærmere analyse av data kan være grunnlag lokalt for vurdering av egne resultater og for fagmiljøene for retningslinjer for hva som bør være optimal og god praksis.

Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner

Seleksjon av fødende, andel risikosvangerskap, kompliserende sykdommer, variasjoner i medisinsk praksis (policy) samt andel selvbestemte keisersnitt mv.

Analyse og presentasjon av data

Data presenteres på sykehusnivå som andel fødende som har fått utført keisersnitt totalt, samt andel keisersnitt utført hhv. som øyeblikkelig hjelp og elektivt.

Tall på sykehus-/institusjonsnivå presenteres på nettsiden for Fritt Sykehusvalg som grunnlag for pasientens valg av behandlingssted.

¹ http://www.kith.no/templates/kith_WebPage____1160.aspx



Indikator nr: N-006	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett + Helse Sør-Øst indikatorsett Somatikk	14 Strykninger av planlagte operasjoner
Nr 14 Helse Sør-Øst		
Versjon nr 1.2	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 18.12.2008

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren:

Andel pasienter (innlagte og dagkirurgi) som blir strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet.

Begrepsavklaringer

Strykning fra operasjonsprogrammet

Registreres når den skjer etter at godkjent operasjonsprogram for neste dag foreligger. Med operasjonsprogram menes plan for bruk av operasjonsstuer med personell. Strykning defineres som at en planlagt operasjon ikke blir gjennomført den dagen pasienten er satt opp på programmet.

Alle strykninger skal telles med uansett årsak.

Begrunnelse, referanse, evidens

Strykninger fra oppsatt program er ikke akseptabel praksis. Planlegging av operasjonsaktiviteten bør ha en slik forutsigbarhet at strykninger unngås. Pasienter som settes opp på operasjonsprogrammet bør være utredet slik at strykninger unngås.

1. For pasienten er det en negativ opplevelse å bli strøket fra operasjonsprogrammet.
2. Operasjonsvirksomhet legger beslag på store ressurser i helseforetakene. Det er viktig at aktiviteten planlegges og gjennomføres slik at ressursene blir optimalt utnyttet.
3. For helseforetakene medfører strykninger kostnad i form av ekstra liggedøgn preoperativt.
4. Det er viktig å få løpende tall som gir et utgangspunkt for forbedringsarbeid.

Type indikator

Prosessindikator innenfor området planlegging og gjennomføring av operativ virksomhet.

Indikatoren uttrykker

Indikatorene er uttrykk for sykehusets planlegging av elektiv operativ virksomhet og evne til å gjennomføre planlagt operasjonsprogram.

Målsetting: Under 5% strykninger

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
Omfatter både innlagte pasienter og dagkirurgiske pasienter		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall strykinger (planlagte operasjoner) i en angitt tidsperiode (innlagte og dagkirurgiske pasienter ved alle operasjonsstuer til behandlingsstedet)	Etteranmeldte pasienter som strykes og øyeblikkelig hjelp pasienter.
Nevner	Antall planlagte operasjoner i samme tidsperiode (innlagte og dagkirurgiske pasienter ved alle operasjonsstuer til behandlingsstedet)	Prosedyrer utenom operasjoner som trenger anesthesiassistanse og utføres på operasjonsavdelinger (eks. endoskopier, undersøkelser i narkose mv.)
Indikatoren uttrykkes i prosent: $\text{Andel strykninger} = (\text{Antall strykninger} / \text{antall planlagte operasjoner i perioden} \times 100).$ Datakilde: Operasjonsplanleggingsverktøy (elektroniske eller manuelle).		
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data Registrerte data innhentes og bearbeides av Norsk pasientregister ved hvert tertial. Innkalling sendes i forkant av rapportering. Behandlingsstedene får tilbakemeldt resultatene for korreksjoner/kommentarer før publisering av resultatene. Rapportering til Helse Sør-Øst RHF skjer på HF-nivå i hht. retningslinjer (Rapportpakken) Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehusnivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som grunnlag for forbedring ved planlegging av pasientbehandlingsforløp.
Underliggende faktorer som kan forklare variasjon Det kan være forskjellige årsaker til at en pasient strykes av programmet, for eksempel mange øyeblikkelig hjelp operasjoner, personellmangel, ufullstendig undersøkelse av pasienten før operasjon, akutt oppstått annen lidelse hos pasienten som medfører utsettelse av operasjon mv. Registrering av indikatoren bør suppleres med en årsaksregistrering i den enkelte avdeling som grunnlag for interne tiltak.
Analyse og presentasjon av data Data aggregert på sykehusnivå publiseres nasjonalt som andel strykninger fra operasjonsprogrammet i angitte periode. Data på avdelingsnivå og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid. Tall for behandlingsstedet presenteres på nettsiden for Fritt Sykehusvalg som grunnlag for pasientens valg av behandlingssted.

Indikator nr: N-015	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett Psykisk helsevern (Voksne og BUP)	15 Varighet av ubehandlet psykose (VUP) - ved første episode ikke-affektiv psykose
Nr 15 Helse Sør-Øst		
Versjons nr. 1.3	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 18.12.2008

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Varighet av ubehandlet psykose (VUP) i antall uker ved første episode ikke-affektiv psykose (F 20-29 ICD-10).

Indikatoren uttrykker den gjennomsnittlige (mean) og median varigheten av ubehandlet psykose hos alle pasienter med diagnosene F 20-29 som har fått startet adekvat behandling i rapporteringsperioden.

Begrepsavklaringer

VUP (Varighet av ubehandlet psykose)

Tiden mellom første psykotiske symptomer (basert på alle tilgjengelige informasjonskilder) og den første adekvate behandling av disse. (Dersom adekvat behandling er startet utenfor egen institusjon, for eksempel i samarbeide med primærlege eller privat spesialist, skal det tas hensyn til ved beregningen av tiden.)

Psykose

Pasienten er (eller i tilfelle av kortvarige psykoser, har nylig vært) aktivt psykotisk med symptomer som vrangforestillinger, hallusinasjoner, tankeforstyrrelser eller upassende/bisarr atferd som ikke åpenbart kan forklares med organiske årsaker. Symptomene må ha vart hele dagen i flere dager eller flere ganger i uken i flere uker, ikke begrenset til noen korte øyeblikk. Det tilsvarer at pasienten skårer minst 4 på en eller flere av de følgende PANSS- symptomene: P1 (vrangforestillinger), P3 (hallusinatorisk atferd), P5 (storhetsideer), P6 (mistenksomhet) og A9 (uvanlig tankeinnhold).

Første episode ikke-affektiv psykose

Pasienten fyller kriteriene i ICD-10 (F 20-29) for schizofreni, schizofreniform lidelse, schizoaffektiv lidelse, vrangforestillingsforstyrrelse, kortvarig psykotisk forstyrrelse, eller psykotiske lidelser NOS.

Første episode/første behandling

Første episode (direkte kontakt med pasienten) der det ble gitt adekvat behandling for psykosesymptom.

Adekvat behandling

Hospitalisering eller poliklinisk behandling for psykosesymptom. Vanligvis vil adekvat behandling være behandling med medikamenter, men også andre behandlingsformer inngår i det som defineres som adekvat behandling. Ofte gis behandling i form av medikamenter i anbefalt antipsykotisk dosering, dvs. nevroleptisk behandling tilsvarende 133 mg chlorpromazinekvalenter, (10 mg perfenazin /dag, evt. 5 mg zuclepenthixol eller tilsvarende, risperidon 2mg/dag, olanzapine 8 mg/dag eller tilsvarende i ekvivalente doser, i mer enn 12 uker (eller kortere hvis pasienten går i remisjon). Adekvat behandling uten medikamenter skal rapporteres særskilt.

Pasienter med en tidligere ubehandlet episode, eller ufullstendig behandlet episode, etterfulgt av residualsymptomer, betraktes som første episode med en VUP fra starten av episode 1. Når pasienten har hatt en tidligere ubehandlet psykoseepisode med full remisjon, defineres VUP lik første episodes varighet pluss varighet ved aktuell episode.

Ofte kan det ta noe tid før adekvat behandling iverksettes, pga. vurdering, utredning mv. Ved inkludering i populasjonen som skal registreres kan det tas hensyn til dette. Det betyr at man registrerer de pasientene som er avklart og hvor det er påbegynt adekvat behandling i registreringsperioden.

Begrunnelse, referanse, evidens

Varighet av ubehandlet psykose reflekterer tidsrommet fra sykdom oppstår til adekvat behandling gis. Lang VUP innebærer økt lidelse for pasienten, dennes familie og økt belastning for samfunnet. VUP måler tilgjengeligheten av helsetjenestene for befolkningen. Forsinkelser i oppstart av behandlingen vil oftest føre til dårligere langtidsforløp. En slik forsinkelse kan oppstå på flere nivåer: hos pasienten selv, familien, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten¹. Denne forsinkelsen vil oftest være korrelert med langtidsforløpet.

Indikatoren er også et mål på samspillet mellom helsetjenesteleverandørene, samt et mål i forhold til det forebyggende arbeidet helseforetakene er pålagt i avtalen.

Forventet årlig insidens vil være ca. 17 per 100 000.

Type indikator

Denne indikatoren vil være både en prosessindikator, som beskriver uønsket forsinkelse i oppstart av adekvat behandling av alvorlige psykiske lidelser, og en resultatindikator.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon

Alle pasienter med første adekvate behandling for psykose i den angitte rapporteringsperiode

Rapportering

Rapportering av dato for første episode ikke-affektiv psykose og dato for adekvat behandling.

Data oppgis separat for
gruppe 1: voksne 18 år og over
gruppe 2: (gjelder fra 01.01.07) barn- og ungdom < 18 år

Datakilde

Institusjonene registrerer alle nye pasienter med psykose på eget skjema (se vedlegg). Skjemaet arkiveres av institusjonen.

Bearbeiding / aggregering av data

Rapportering skjer tertialvis til Norsk pasientregister. Etter utgangen av hvert tertial skal institusjonene rapportere dato for første episode ikke affektiv psykose, dato for første episode med adekvat behandling. Medikamentell og ikke-medikamentell behandling skilles ved at dato for behandlingsstart registreres i to ulike kolonner. Skjema for denne rapporteringen følger med i innkallingsbrev fra Norsk pasientregister.

Data presenteres som median og gjennomsnittlig varighet av ubehandlet psykose. Datagrunnlaget er samletallet for de tre siste tertialene (eks. tall for 1. tertial 2008 inneholder også datagrunnlaget for 2. og 3. tertial 2007).

Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehus-/institusjonsnivå.

¹ Bazire S. Psychotropic Drug Directory 2001/2002. Quay Books 2001, 143.

2. Edwards J.,McGorry P.D. Implementing Early Intervention in Psychosis. A Guide to Establishing Early Psychosis Services. 2002 Martin Dunetz Ltd, London NW1 0AE.

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

Styringsinformasjon og til kvalitetsforbedring.

Underliggende faktorer som kan forklare variasjon

Som prosessmål sier indikatoren mer om kvaliteten på helsetjenestetilbudet samlet, enn om spesialisthelsetjenestetilbudet alene. Foretakene er pålagt et ansvar for forebyggende tiltak, og det kanskje viktigste tiltak i så måte vil være å redusere VUP.

Analyse og presentasjon av data

Data presenteres på helseforetaksnivå som gjennomsnittlig og median varighet av ubehandlet psykose (VUP) i antall uker ved første episode ikke-affektiv psykose.

Data på behandlingssted og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid. Tall for helseforetaket presenteres på nettsiden for Fritt Sykehusvalg som grunnlag for pasientens valg av behandlingssted.

Vedlegg: Skjema for veiledning og registrering av VUP – se nedenfor

VEDLEGG – Skjema for registrering av VUP

Registrering av varighet av ubehandlet psykose (VUP) hos pasient med første sykdomsepisode med ikke-
affektiv psykose (F20-29). Skjemaet gir grunnlag for rapportering av data til Norsk pasientregister for den
nasjonale kvalitetsindikatoren "Varighet av ubehandlet psykose". Skjemaet bes oppbevart ved institusjonen for
eventuell bruk ved evaluering av VUP som indikator.

VUP er definert slik: Tiden mellom første psykotiske symptomer (basert på alle tilgjengelige informasjonskilder)
og til start av den første adekvate behandling av disse. (Mer utførlig tekst på baksiden).

Institusjon: _____ Avdeling: _____ Pasient: _____ Alder: _____

Skjemaet fylles ut i forbindelse med behandlingsstart av pasienter som fyller kriteriene nedenfor.

Første sykdomsepisode med psykotiske symptomer som beskrevet nedenfor

Diagnose ICD-10 i området F20-29. Diagnose: F ____ . ____

Dato (omtrent) da pasienten ble psykotisk første gang: ____ . ____ . ____

(evtl antall uker siden psykosen startet)

**Kryss av hvilke av kriteriene nedenfor som var oppfylt da pasienten ble psykotisk første gang, ut
fra det dere kjenner til.**

- ☐ **Vrangforestillinger.** Disse kan ha vært vage eller tydelige, stabile eller ikke stabile. De kan i ulik grad ha påvirket tenkning, relasjoner eller atferd.
- ☐ **Hallusinasjoner.** Disse skal ha vart hele dagen i flere dager, eller flere ganger i uken, ikke begrenset til kun korte øyeblikk. De kan i ulik grad ha påvirket tenkning, relasjoner eller atferd.
- ☐ **Uttalt mistenksomhet eller forfølgelsesideer.** De kan i ulik grad ha påvirket tenkning, relasjoner eller atferd.
- ☐ **Storhetsideer.** Urealistisk følelse av påtagelig overlegenhet i forhold til andre, eller vrangforestillinger som gjelder egen posisjon eller egne evner.
- ☐ **Uvanlig tankeinnhold.** Forvrengte eller bisarre tanker eller ideer om seg selv eller om andre mennesker eller forhold. De kan i ulik grad ha påvirket tenkning, relasjoner eller atferd.

Dato da adekvat medikamentell behandling ble startet: ____ . ____ . ____

(Eventuell tidligere behandlingsepisode uten adekvat behandling skal regnes med i tiden fra første tegn på psykose til start av adekvat behandling (se baksiden)).

Evt. kryss av for hva slags antipsykotisk medikamentell behandling og skriv dose.

- ☐ Perfenazin Dagsdose: _____
- ☐ Zuclepenthixol Dagsdose: _____
- ☐ Risperidon Dagsdose: _____
- ☐ Olanzapine Dagsdose: _____
- ☐ Annet: _____ Dagsdose: _____

Dato da annen adekvat behandling ble startet: ____ . ____ . ____

Dersom det tok lengre tid fra innleggelse/ første behandlingskontakt til oppstart av medikamentell
behandling – før opp tidspunkt for start av behandling for psykose (psykoterapi)

Varighet av ubehandlet psykose regnes ut fra de to datoene overfor, som rapporteres.

Orientering om VUP som kvalitetsindikator

Helsedirektoratet har vedtatt varighet av ubehandlet psykose (VUP) som en nasjonal kvalitetsindikator. Indikatoren er nærmere beskrevet av direktoratet i indikatorbeskrivelsen N-015. Denne vil bli publisert sammen med de øvrige indikatorbeskrivelsene for psykisk helsevern på Helsedirektoratets nettsted:

http://www.shdir.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsindikatorer/psykisk_helsevern_14591

Definisjonen nedenfor er hentet fra indikatorbeskrivelsen, og skal først og fremst være til hjelp for helsepersonell som skal fylle ut skjemaet for registrering av VUP.

Varighet av ubehandlet psykose (VUP) i antall uker ved første episode ikke-affektiv psykose (F 20-29 ICD-10). Indikatoren uttrykker den gjennomsnittlige varigheten av ubehandlet psykose hos alle pasienter med diagnose F20-F29 og som har startet adekvat behandling for en førstegangspsykose innenfor i rapporteringsperioden.

VUP: Tiden mellom første psykotiske symptomer (basert på alle tilgjengelige informasjonskilder) og start på den første adekvate behandling av disse.

Psykose: Pasienten er (eller i tilfelle av kortvarige psykoser, har nylig vært) aktivt psykotisk med symptomer som vrangforestillinger, hallusinasjoner, tankeforstyrrelser eller upassende/bisarr atferd som ikke åpenbart kan forklares med organiske årsaker. Symptomene må ha vart hele dagen i flere dager eller flere ganger i uken i flere uker, ikke begrenset til noen korte øyeblikk. Det tilsvarer at pasienten skårer minst 4 på en eller flere av de følgende PANSS- symptomene: P1 (vrangforestillinger), P3 (hallusinatorisk atferd), P5 (storhetsideer), P6 (mistenksomhet) og A9 (uvanlig tankeinnhold).

Første episode ikke-affektiv psykose: Pasienten fyller kriteriene i ICD-10 (F 20-29) for schizofreni, schizofreniform lidelse, schizoaaffektiv lidelse, vrangforestillingsforstyrrelse, kortvarig psykotisk forstyrrelse, eller psykotiske lidelser NOS.

Første episode/første behandling og adekvat medikamentell behandling: Nåværende episode er første episode med tilstanden som blir adekvat behandlet med medikamenter, eller med adekvat psykoterapeutisk behandling.

Tidligere adekvat behandling er: Hospitalisering eller poliklinisk behandling for psykosesymptom. Enten med adekvat psykoterapeutisk behandling, eller behandling i form av medikamenter i anbefalt antipsykotisk dosering. Dvs. nevroleptisk behandling tilsvarende 133 mg chlorpromazinekvivalenter, (10 mg perfenazin /dag, evtl. 5 mg zuclepenthixol eller tilsvarende, risperidon 2mg/dag, olanzapine 8 mg/dag eller tilsvarende i ekvivalente doser, i mer enn 12 uker (eller kortere hvis pasienten gikk i remisjon). Pasienter med en tidligere ubehandlet episode, eller ufullstendig behandlet episode, etterfulgt av residualsymptomer, betraktes som første episode med en VUP fra starten av episode 1. Når pasienten har hatt en tidligere ubehandlet psykoseepisode med full remisjon, defineres VUP lik første episodes varighet pluss varighet ved aktuell episode.

Nærmere om rapportering av indikatoren: Norsk pasientregister samler inn data om kvalitetsindikatoren "Varighet av ubehandlet psykose" på oppdrag av Helsedirektoratet. Norsk pasientregister vil samle inn data fra skjemaene tertialsvis, tre ganger per år. Vi vil sende ut nærmere informasjon om rapportering mot slutten av hvert tertial. Selve registreringskjemaene skal ikke sendes til NPR, men rapportering skjer på eget rapporteringsskjema som sendes ut ifm med innkallingene. Rapportering inneholder kun dato for psykose start og dato for start adekvat behandling (skilt mellom adekvat medikamentell og adekvat terapeutisk behandling).

Indikator nr: Hdir: N-003	Indikator relatert til: HSØ HOD	16 - Prevalens av sykehusinfeksjoner
HSØ: Nr 16		
Versjon nr 1.2	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 18.12.2008

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Antall påviste sykehusinfeksjoner – av de fire vanligste sykehusinfeksjonene; urinveisinfeksjon, nedre luftveisinfeksjon, postoperative sårinfeksjoner og septikemi – på et gitt tidspunkt i forhold til totalt antall innlagte pasienter på samme tidspunkt.

Jf. mal for måling av punktprevalens av sykehusinfeksjoner fra Nasjonalt institutt for Folkehelse¹. Se også <http://www.folkehelse.no/tema/prevalens/sykehus.pdf>.

Obligatoriske nasjonale prevalensundersøkelser gjennomføres 2 ganger årlig i hht. retningslinjer fra Folkehelseinstituttet. To tilleggsundersøkelse årlig er frivillig. **Helse Sør-Øst har vedtatt at foretakene/sykehusene skal delta i alle de 4 årlige undersøkelsen i hht. opplegg fra Folkehelseinstituttet.**

OBS! Helse Sør-Øst RHF legger til grunn data som er rapportert til Folkehelseinstituttet som ledd i de nasjonale prevalensmålingene, og innhenter data fra Folkehelseinstituttet.(nettstedet for prevalensmålinger)

Begrepsavklaringer

Sykehusinfeksjon: Infeksjon som oppstår under institusjonsoppholdet hvor infeksjonen ikke var tilstede eller var i inkubasjonstiden da pasienten ble innlagt sykehuset.

Merk at alle sykehusinfeksjoner som oppstår etter en innleggelse ved en annen post eller ved et annet sykehus skal telles med. Dersom pasienten er reinnlagt på grunn av en infeksjon som oppsto under forrige opphold, skal også denne infeksjonen telles med.

Infeksjon hos nyfødte som oppstår som følge av passasje gjennom fødselskanalen regnes også som sykehusinfeksjon.

Følgende infeksjoner regnes **ikke** som sykehusinfeksjoner:

- Komplikasjoner eller spredning av infeksjoner som allerede var til stede ved innleggelsen, så sant det ikke er klare holdepunkter for at pasienten har fått ny infeksjon.
- Infeksjoner som har smittet over placenta og som manifesterer seg innen 48 timer etter fødselen.

Følgende tilstander regnes **ikke** som infeksjon:

- Kolonisering av mikroorganismer på hud, slimhinner, i åpne sår, i ekskretorer eller sekreter, men uten at dette gir kliniske symptomer eller funn.
- Betennelse som skyldes vevsreaksjoner på skader eller ikke-infeksiøse agens f.eks. kjemikalier.

Punktprevalens: Måling/registrering foretatt på et gitt tidspunkt.

Begrunnelse, referanse, evidens

Sykehusinfeksjoner er fryktede komplikasjoner for alle typer sykehusinnleggelser. Slike infeksjoner påfører pasienter lidelser og har stor økonomisk og ressursmessig betydning for sykehusdrift. Ved hjelp av indikatoren vil en overvåke den generelle utviklingen av sykehusinfeksjoner, og dermed sette fokus på forebygging.

¹ Prevalens- registreringsmal for sykehus, Folkehelseinstituttet 2002

Tilsvarende målinger av punktprevalens av sykehusinfeksjoner er gjort av Folkehelseinstituttet første gang i 1979. Fra 2002 er denne målingen gjort 2 ganger årlig.¹ Punktprevalens vil bli vurdert koblet sammen med eller erstattet av insidens av sykehusinfeksjoner når metode og maler for dette er utviklet og evaluert av Folkehelseinstituttet.

Type indikator

Dette er i hovedsak en resultatindikator.

Målsetting for indikatoren

Følge trender og rette fokus mot forebygging av sykehusinfeksjoner.

Mål Helse Sør-Øst fra 2011 og fremover: < 3 %.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon Somatiske avdelinger	Ekskludert populasjon
Teller	Antall påvist sykehusinfeksjoner på målingstidspunktet, jf. definisjon	Jf. definisjonen
Nevner	Totalt antall pasienter innlagt på målingstidspunkt	Ingen
Datakilde På gitt tidspunkt, bestemt av Folkehelseinstituttet, gjøres manuell eller elektronisk registrering av pasienter med sykehusinfeksjoner. Totalt antall inneliggende pasienter hentes fra PAS.		
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data Data meldes inn og bearbeides av Folkehelseinstituttet. Folkehelseinstituttet gir tilbakemelding på institusjonsnivå for kvalitethevede tiltak. Nasjonal sammenligning skal skje på sykehus-/institusjonsnivå. Det registreres og rapporteres i henhold til Folkehelseinstituttets gjennomføringer, pt. 2 ganger årlig. En 3. årlig undersøkelse gjennomføres for de sykehusene som ønsker det (pt. frivillig deltagelse). En 3. årlig undersøkelse gjennomføres for de sykehusene som ønsker det (pt. frivillig deltagelse).		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som Styringsinformasjon, til kvalitetsforbedring, til brukerinformasjon (pasient/primærlege).
Underliggende faktorer som kan forklare variasjon Punktprevalens er en relativt upresis registreringsmåte, og gir kun et "øyeblikksbilde" av situasjonen. Tallene er små, og resultatene blir sårbare for variasjon i registreringsmåte. For sammenlikning mellom institusjoner/helseforetak må det foretas justeringer for ulikheter i virksomhet og pasientrisikofaktorer. Uten slike justeringer gir indikatoren likevel et overordnet bilde av infeksjonsraten på hver enkelt institusjon/helseforetak og kan brukes til å følge infeksjonsraten over tid for hver institusjon.
Analyse og presentasjon av data Som nasjonal kvalitetsindikator: Publisering av data på sykehus-/institusjonsnivå med påpekning av behov for justeringer for ulikheter i pasientrisikofaktorer m.m. for reell sammenlikning mellom sykehus/institusjoner. Presentasjon i Helse Sør-Øst på RHF- og HF-nivå. Til lokalt forbedringsarbeid: Folkehelseinstituttet presenterer data på institusjonsnivå, men kan få sammenlikninger på avdelingstype ut fra koder på registreringsskjema.

¹ Tidsskrift for Norsk Lægeforening 2002; 122:2440 –3 Eriksen, Iversen og Aavitsland

Indikator nr: N-008	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett + Helse Sør-Øst indikatorsett Somatikk	17 a Individuell plan (barnehabilitering)
Nr 17a Helse Sør-Øst		
Versjon nr: 1.2	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 18.12.2008

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Andel pasienter som har fått utarbeidet individuell plan i henhold til pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Begrepsavklaringer

Individuell plan

Plan som fyller kravene i forskrift¹ om individuell plan. Individuell plan innebærer at tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte helse- og sosialtjenester har rett til IP. Den individuelle planen skal konkretisere behovet for tjenester den enkelte har og hvordan behovene skal dekkes.

Hvem har rett til individuell plan

Pasient med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester som samtykker.

Planprosessen er i gang når:

- Informasjon om retten til individuell plan er gitt og
- samtykke er innhentet og
- det er etablert skriftlig forpliktende samarbeid ved at en tjenesteyter har hovedansvaret for oppfølging av tjenestemottaker jfr. § 2a

Hvem som skal utforme plan i spesialisthelsetjenesten

Helseforetaket skal utarbeide eller igangsette en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Kommunehelse- og sosialtjenestens ansvar for individuelle planer omtales ikke nærmere her.

Samtykke

Samtykkebestemmelsene i pasientrettighetslovens kapittel 4 om samtykke til helsehjelp gjelder individuell plan.

Begrunnelse, referanse, evidens

Formålet med utarbeidelse av individuell plan er sikre kvaliteten i tjenestetilbud ved å

- bidra til at pasienten får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder å sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har ansvaret for oppfølgingen av pasienten.
- kartlegge pasientens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder, samt å vurdere og koordinere tiltak som kan bidra til å dekke pasientens bistandsbehov.
- styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

Indikatoren vil dessuten indikere om lovkrav er oppfylt.

Type indikator

Indikatoren er en prosessindikator

Indikatoren uttrykker

I hvilket omfang institusjonen/helseforetaket har utarbeidet individuelle planer for pasienter.

¹ Forskrift om individuelle planer etter helse- sosiallovgivningen.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon

Alle "aktive" pasienter i perioden. Det vil si alle pasienter som har vært til behandling i løpet av rapporteringsperioden, eller pasienter som fortsatt har en konkret avtale om oppfølging i habiliteringstjenesten på et senere tidspunkt.

Dersom individuell plan tidligere er utarbeidet av førstelinjetjenesten og planen innbefatter tiltak fra habiliteringstjenesten, og habiliteringstjenesten har samhandlet i utarbeiding av planen, regnes også dette som individuell plan i registreringen.

Indikatoren skal vise situasjonen i rapporteringsperioden, og alle aktive pasienter skal telles en gang i løpet av hver rapporteringsperiode.

	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall pasienter med individuelle planer	
Nevner	Totalt antall pasienter behandlet ved samme enhet i perioden	

Datakilde

Data registreres i pasientadministrativt system og rapporteres manuelt til Norsk pasientregister samt til Helse Sør-Øst RHF i hht. retningslinjer (Rapportpakken).

Bearbeiding, aggregering og rapportering av data

Registrerte data innhentes og bearbeides av Norsk pasientregister (NPR) ved hvert tertial. Innkallingsbrev sendes i forkant av rapportering. Institusjonene får tilbakemeldt resultatene for korleksjoner/kommentarer før publisering av resultatene

Rapportering til Helse Sør-Øst RHF skjer på HF-nivå.

Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehus-/institusjonsnivå

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

Styringsinformasjon og kvalitetsforbedring ved den enkelte avdeling/det enkelte helseforetak.

Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner

I hvilken grad de enkelte avdelinger/helseforetak utarbeider individuelle planer.

Pasientsammensetningen og dermed andel som har krav på/rett til individuell plan. Antall tilfelle der pasienter eller foresatte motsetter seg at det utarbeides individuell plan. (Dette antas i praksis å være et lite antall).

Analyse og presentasjon av data

Data presenteres på sykehusnivå som andel pasienter som har fått utarbeidet individuell plan. Tall på sykehus-/institusjonsnivå presenteres på nettsiden for Fritt Sykehusvalg som grunnlag for pasientens valg av behandlingssted.

Data på avdelingsnivå foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid i barnehabiliteringstjenesten.

Vedlegg

§ 7. Innholdet i individuell plan

Den individuelle planens innhold skal tilpasses behovene til den enkelte tjenestemottaker. Det skal under utarbeidelsen av planen tas hensyn til tjenestemottakerens etniske, kulturelle og språklige forutsetninger.

Planen skal innholde følgende hovedpunkter:

- a. oversikt over pasientens mål, ressurser og behov for tjenester,
- b. oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen,
- c. angivelse av hvem som gis et ansvar for å sikre samordningen av og framdriften i arbeidet med planen,
- d. oversikt over hva pasienten, tjeneste- og bidragsyterne og ev. pårørende vil bidra med i planarbeidet,
- e. oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse,
- f. beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres,
- g. angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen,
- h. pasientens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger
- i. oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner eller etater.

Helsedirektoratet

Indikator nr: N-014	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett + Helse Sør-Øst indikatorsett	17 b og c Individuell plan ADHD (BUP) og Schizofreni (VOP)
Nr 17b-c Helse Sør-Øst	Psykisk helsevern (Voksne og BUP)	
Version nr: 1.2	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 18.12.2008

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

1. Andel barn og unge med diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse – ADHD som har fått individuell plan (F90x i ICD10).
2. Andel voksne med diagnosen schizofreni som har fått individuell plan (F20x i ICD10).

Begrepsavklaringer

Individuell plan (IP)

Plan som fyller kravene i forskrift¹ om individuell plan. Individuell plan innebærer at tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte helse- og sosialtjenester har rett til IP. Den individuelle planen skal konkretisere behovet for tjenester den enkelte har og hvordan behovene skal dekkes.

Planprosessen er i gang når:

- Informasjon om retten til individuell plan er gitt og
- samtykke er innhentet og
- det er etablert skriftlig forpliktende samarbeid ved at en tjenesteyter har hovedansvaret for oppfølging av tjenestemottaker jfr. § 2a

Hvem har rett til å utforme IP i spesialisthelsetjenesten

Helseforetaket skal utarbeide eller igangsette IP for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud eller videreføre IP utarbeidet av kommunene ved utskrivning eller overføring. Kommunehelsetjenestens og sosialtjenestens ansvar for individuelle planer omtales ikke nærmere her.

Samtykke

Samtykkebestemmelsene i pasientrettighetslovens kapittel 4 om samtykke til helsehjelp gjelder individuell plan.

Begrunnelse, referanse, evidens

IP er et av de viktigste virkemidlene til å sikre pasienter som trenger det, koordinerte og forutsigbare tjenester. Helsetilsynets tilsyn i 2003 i psykisk helsevern for voksne og i 2002 i psykisk helsevern for barn og unge viste at svært få tjenestesteder hadde gode rutiner for utarbeiding av IP, og at en liten andel av pasientene hadde IP. Det var også mangel på samarbeid med kommunehelsetjenesten om IP, og få hadde oppnevnt navngitt kommunal koordinator. Vi ønsker med dette å sette fokus på pasientgrupper som erfaringsmessig trenger langvarige og sammensatte tjenester.

Formålet med utarbeidelse av individuell plan er sikre kvaliteten i tjenestetilbud ved å

- d. bidra til at pasienten får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder å sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har ansvaret for oppfølgingen av pasienten.
- e. kartlegge pasientens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder, samt å vurdere og koordinere tiltak som kan bidra til å dekke pasientens bistandsbehov.
- f. styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

Indikatoren vil dessuten indikere om lovkrav er oppfylt.

¹ Forskrift om individuelle planer etter helse- og sosiallovgivningen.

Type indikator
Prosessindikator.

Indikatoren uttrykker

I hvilket omfang institusjonen/helseforetaket sikrer at det blir utarbeidet individuelle planer for pasienter.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon

Alle pasienter som har vært til behandling ved den psykiatriske institusjonen i løpet av rapporteringsperioden. [Varigheten av behandlingen må ha vært i minst 6 mnd.](#)

Dersom individuell plan tidligere er utarbeidet av førstelinjetjenesten og planen innbefatter tiltak fra psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten, og spesialisthelsetjenesten har samhandlet i utarbeiding av planen, regnes også dette som individuell plan i registreringer.

Indikatoren skal vise situasjonen i rapporteringsperioden, og alle aktive pasienter skal telles en gang i løpet av hver rapporteringsperiode.

Inkludert populasjon		Ekskludert populasjon
Psykisk helsevern barn og unge		
Teller	Antall barn og unge med diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse (F90x) som har IP ved avslutning av behandlingsepisode (poliklinisk, dag eller døgn)	Pasienter med behandlingsvarighet i BUP under 6 mnd
Nevner	Totalt antall barn og unge med diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse (F90x) ved avslutning av behandlingsepisode (poliklinisk, dag eller døgn)	

Psykisk helsevern voksne		
Teller	Antall voksne med diagnose schizofreni (F20x) som har IP ved utskrivelse fra døgnstatus til ikke-døgnstatus i det psykiske helsevern for voksne.	<i>Beregnes foreløpig ikke pga manglende datarapportering i godkjent meldingsformat</i>
Nevner	Totalt antall voksne med diagnose schizofreni (F20x) ved utskrivelse fra døgnstatus til ikke-døgnstatus i det psykiske helsevern for voksne.	

Det presiseres at alle diagnostiske undergrupper under F20 og F90 skal inkluderes og både hoved- og bidiagnoser i den grad det er spesifisert.

Datakilde

Data fra pasientadministrative systemer (BUP og VOP). Rapportering til Norsk pasientregister i godkjent meldingsformat (NPR-meldingen). Rapportering til Helse Sør-Øst RHF skjer i hht. retningslinjer (Rapportpakken).

Bearbeiding, aggregering og rapportering av data

Registrerte data innhentes og bearbeides av Norsk pasientregister (NPR) ved hvert tertial. Innkallingsbrev sendes i forkant av rapportering. Institusjonene får tilbakemeldt resultatene for korreksjoner/kommentarer før publisering av resultatene

NB! Indikatoren beregnes foreløpig ikke for psykisk helsevern voksne pga manglende data.

I BUP kan det registreres følgende verdier for IP:

1. Oppfyller ikke kriteriene
2. Ønsker ikke individuell plan, eller har ikke gitt samtykke
3. Arbeid med individuell plan ikke startet
4. Individuell planprosess er igangsett
5. Individuell plan foreligger
9. Ukjent med status for individuell plan

Kun registrering av verdien 5 aksepteres som godkjent IP. Indikatoren uttrykkes som en prosentandel av alle pasienter med diagnosen ADHD. Pasienter som er registrert i kategorien 3-5 og 9 inngår i nevnergrunnlaget.

Rapportering til Helse Sør-Øst RHF skjer på HF-nivå.

Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehus-/institusjonsnivå.

3. TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

Styringsinformasjon og kvalitetsforbedring ved den enkelte avdeling/det enkelte helseforetak.

Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner

- I hvilken grad de enkelte avdelinger/helseforetak utarbeider IP for målgruppen
- Manglende kompetanse i virksomheten til å utarbeide IP
- Ulik grad av samtykke/ønske fra pasientene om å ha IP

Analyse og presentasjon av data

Data aggregert på behandlingsstedet publiseres nasjonalt som andel pasienter som har fått utarbeidet individuell plan.

Data på avdelingsnivå og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid. Tall for behandlingsstedet presenteres på nettsiden for Fritt Sykehusvalg som grunnlag for pasientens valg av behandlingssted.

Vedlegg

§ 7. Innholdet i individuell plan

Den individuelle planens innhold skal tilpasses behovene til den enkelte tjenestemottaker. Det skal under utarbeidelsen av planen tas hensyn til tjenestemottakerens etniske, kulturelle og språklige forutsetninger.

Planen skal innholde følgende hovedpunkter:

- a. oversikt over pasientens mål, ressurser og behov for tjenester,
- b. oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen,
- c. angivelse av hvem som gis et ansvar for å sikre samordningen av og framdriften i arbeidet med planen,
- d. oversikt over hva pasienten, tjeneste- og bidragsyterne og ev. pårørende vil bidra med i planarbeidet,
- e. oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse,
- f. beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres,
- g. angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen,
- h. pasientens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger
- i. oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner eller etater.

Indikator nr: Hdir: N-005 HSØ: Nr 18	Indikator relatert til: HOD HSØ	18 - Tvungen innskrivning i psykiatrisk institusjon
Versjon nr: 1.5	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: 03.03.2009

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Andel tvangsinnleggelser ved psykiatrisk institusjon

Andel tvangsinnleggelser til psykiatrisk institusjon i forhold til det samlede antall innleggelser for institusjoner innen psykisk helsevern som er godkjent for tvang.

Begrepsavklaringer

Inntaksparagraf

Den paragraf i psykisk helsevernloven som pasienten tas imot i institusjonen etter, basert på den faglige ansvarliges vedtak (§§ 3-2 eller 3-3). Også omtalt som spesialistvedtaket.

Vedtak om tvangsinnleggelse i døgninstitusjon

Innleggelse av pasient fra eget bosted til døgninstitusjon som er godkjent for bruk av tvungent psykisk helsevern. Vedtak om tvangsinnleggelse har to hovedformer: tvungent psykisk helsevern og tvungen observasjon inntil ti dager (fristen kan forlenges i ytterligere 10 dager etter samtykke fra kontrollkommisjonens leder),

Tvungen observasjon med døgnopphold (TO)

Innskrivning i inntil 10 (pluss 10) dager, hjemlet i psykisk helsevernlovens § 3-2. Forutsetning er at det er tvil om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er til stede, og undersøkelse i institusjon vurderes nødvendig for å avklare dette.

Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold (TPH)

Innskrivning hjemlet i psykisk helsevernlovens § 3-3. Forutsetning er at pasienten vurderes å ha en alvorlig sinnslidelse, og minst ett av to tilleggskriterier anses oppfylt:

- TPH er nødvendig for å hindre at utsikt til helbredelse/vesentlig bedring reduseres, eller for å forhindre rask og vesentlig forverring
- Det foreligger nærliggende og alvorlig fare for pasientens eller andres liv/helse uten TPH.

Døgninstitusjon

Forstås her som alle behandlingssteder i det psykiske helsevernet som er godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, jf. Forskrift om godkjenning av institusjoner som skal ha ansvar for tvungen psykisk helsevern.

Innleggelse fra eget bosted

Med dette menes pasienter som legges inn til behandling i spesialisttjenesten. Overføringer mellom avdelinger og institusjoner holdes utenfor i denne sammenhengen.

Begrunnelse, referanse, evidens

Indikatoren er begrunnet ut fra at tvangsinnleggelser er et alvorlig inngrep i personlig frihet. Det er derfor etisk, faglig og samfunnsmessig viktig å overvåke bruk av tvang for å begrense dette til situasjoner der det er helt nødvendig. En uforholdsmessig høy andel av tvangsinnleggelser kan indikere at pasientenes rettsikkerhet ikke blir tilstrekkelig ivarettatt. Det er et overordnet helsepolitisk

mål å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang.

Undersøkelser har vist at Norge har en relativt høy andel av tvangsinnleggelser i psykisk helsevern, (omlag 34 % av sykehusinnleggelsene i 2002), sammenlignet med andre land. Det har vist seg at det er store geografiske forskjeller i bruk av tvangsparagrafer mellom fylker og mellom sykehus¹.

Type indikator

Inntak til TO og TPH vurderes både som en strukturindikator og en prosessindikator.

Målet med indikatoren

Hovedmålet er å få dokumentert omfanget av tvangsinnleggelser, både i forhold til innleggelser totalt og i forhold til befolkningsstørrelsen i helseforetakets opptaksområde, samt å vise utviklingen av tvangsbruk, og å gi et utgangspunkt for å drøfte årsaker til ulikheter i tvangsbruk.

Indikatoren brukes som

Styringsinformasjon

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon Alle innleggelser (voksne) ved institusjoner som er godkjent for tvang

Andel tvangsinnleggelser fra eget bosted i forhold til det samlede antall innleggelser

	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall inntak til TO og TPH med døgnopphold. Separat registrering av innleggelser etter § 3-2 (TO-døgn), § 3-3 (TPH – døgn)	- Pas. som innlegges med hjemmel i dom, jf. straffeloven - Avdelings-/institusjonsoverføringer - Pasienter hvor det ikke er registrert vedtak - Pasienter hvor det etableres tvungen observasjon/ tvungent
Nevner	Totalt antall inntak til døgnopphold uavhengig av paragraf	

Datakilde

Data fra pasientadministrativt system.

Bearbeiding, aggregering og rapportering av data

Registrerte data innhentes og bearbeides av Norsk pasientregister ved hvert tertial. Innkalling sendes i forkant av rapportering. Behandlingsstedene får tilbakemeldt resultatene for korreksjoner/kommentarer før publisering av resultatene.

Rapportering til Helse Sør-Øst RHF skjer i hht. til interne retningslinjer.

¹ SAMDATA psykisk helsevern 3/03 og rapporten: *Tvangsinnleggelser i psykisk helsevern 2001 - 2002, SINTEF Unimed 2003 og Gjennombruddsprosjekt Psykiatri. Bruk av tvang* (Den norske lægeforening 2002). Prosjektet viste at økt fokus på tvang medførte reduksjon av tvangsbruken og større grad av kvalitetsikring rundt bruk av tvang.

Andel tvangsinnleggelser fra eget bosted i forhold til det samlede antall innleggelser

TPH beregnes som verdi 5 og 6 (tvungen psykisk helsevern med/uten døgnopphold) i feltet spesialistvedtak.

TO beregnes som verdi 3 og 4 (tvungen observasjon med/uten døgnopphold) i feltet spesialistvedtak

Rapportering til Helse Sør-Øst RHF skjer på HF-nivå.

Nasjonal rapportering av indikatoren skal skje på sykehus-/institusjonsnivå.

3. TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner

Forskjeller i andel tvangsinnleggelser mellom avdelinger, foretak og regioner, og endringer i tallene ved samme avdeling over tid kan avspeile ulikheter i, og endringer av flere faktorer – bl.a. følgende:

- Behandlingskultur og holdninger til bruk av tvang hos henvisende leger og i den enkelte institusjon.
- Organisatoriske forhold, kompetanse, samarbeidsrutiner, personalressurser m.m. Knappe ressurser kan føre til økt behov for kontroll og tvang både hos henvisende leger og ved den enkelte institusjon.
- Variasjon i spesialisttilbudet totalt i det geografiske området. For eksempel vil liten tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester med øket press på akuttavdelinger kunne medføre at tvangsinnleggelse lettere sikrer plass. Områder med regionale sikkerhetsavdelinger vil ofte ha relativt høyere forekomst av tvang enn andre.
- Geografiske forskjeller basert på ulik sykkelighet i befolkningen for eksempel forskjellen mellom storby og distrikt

Analyse og presentasjon av data

Data på avdelingsnivå og lavere nivåer foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid. Tall for behandlingsstedet presenteres på nettsiden for Fritt Sykehusvalg som grunnlag for pasientens valg av behandlingssted.

Indikator nr.: HSØ: 19	Indikator relatert til: HSØ	19 - Andel og ratejustert antall reinnleggelser innen 30 dager i akuttavdelinger, psykisk helsevern voksne
Versjon nr: 3.0	Godkjent av: Alice Beathe Andersgaard	Godkjent dato: Desember 2011

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Indikator 1: Andel ikke planlagte reinnleggelser (som øyeblikkelig hjelp) i akutt avdelinger som skjer innen 30 dager etter tidligere utskrivning.

Indikator 2: Antall ikke-planlagte reinnleggelser (som øyeblikkelig hjelp) i akutt avdelinger som skjer innen 30 dager etter tidligere utskrivning, *ratejustert for befolkning i opptaksområde*. Rate pr. 1000 innbyggere > 18 år.

Begrepsavklaringer

En **reinnleggelse** defineres som en ny innleggelse for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter tidligere utskrivning ved samme sykehus. Beregnes bare for døgnopphold.

NB! Omfatter kun ikke-planlagt (ikke beregnet) reinnleggelse.

Reinnleggelse som er følge av avtale med pasienten, for eksempel "åpen" retur, regnes ikke med.

Akuttavdeling: Med akuttavdeling menes avdeling/enhet innen psykisk helsevern som tar i mot pasienter til øyeblikkelig hjelp innleggelse og som helseforetaket har utpekt til å ivareta denne funksjonen i sitt opptaksområde. Omfatter også "subakuttavdelinger".

Pasientkategorier: Pasienter med hoveddiagnose i Kapittel 5 i ICD-10, kategoriblokkene F00-F99.

Begrunnelse, referanse, evidens

Tidlige og hyppige reinnleggelser kan være uttrykk for at pasienten ikke er ferdigbehandlet ved utskrivelse, eller på grunn av utilstrekkelig oppfølging etter utskrivelse.

Type indikator

Prosessindikator

Målet med indikatoren

Få en oversikt over omfanget av ikke planlagte innleggelser og holde antallet på et lavt nivå.

Indikatoren brukes som

Styringsinformasjon

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon

Indikator 1:

Pasienter over 18 år med hoveddiagnose i Kapittel 5 i ICD-10, kategoriblokkene F00-F99.

Innleggelser på døgnopphold.

Kun avdeling som mottar pasienter for øyeblikkelig hjelp skal inkluderes (akutt/subakutt avdelinger).

Pasientene må være utskrevet fra samme sykehuset akuttavdelingen tilhører.

	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall ø-hjelp reinnleggelser innen 30 dager i perioden	Poliklinikk, Dagbehandling Elektive pasienter
Nevner	Totalt antall utskrivninger i den forrige (forutgående) 30 dagers perioden	Pasienter ved avdeling som ikke er akuttavdelinger Pasienter med avtale om "åpen retur"

Tallgrunnlag for nevner og teller for den enkelte periode (tertial) fremgår av oversikten nedenfor.				
	1. tertial	2. tertial	3. tertial	
Teller	Januar-april	Mai-august	September-desember	
Nevner	Desember-mars	April-juli	August-november	

Indikator 2: Antall i rate (pr.1000 innbyggere i opptaksområdet).		
Teller 2	Antall ø-hjelp reinnleggelser innen 30 dager i perioden	Poliklinikk, Dagbehandling Elektive pasienter Pasienter ved avdeling som ikke er akuttavdelinger Pasienter med avtale om "åpen retur"
Nevner 2	Antall personer over 18 år i helseforetakets opptaksområde.	

Befolkningsgrunnlag:
 Befolkningstall pr. kommune fra SSB fordelt etter helseforetakets opptaksområde. Helseforetak i Osloregionen blir inndelt etter befolkningstall på bydelsnivå, pr. 01.01 i angjeldende år.

Datakilde
 Det pasientadministrative systemet (PAS) og SSB..

Rapportering, bearbeiding og aggregering og av data

Data (teller og nevner) rapporteres på vanlig måte i rapporteringsmal (Rapportpakke).
 Andel reinnleggelser oppgis som andel i prosent.

Utrekning av rate per 10 000 innbyggere skjer i regi av Helse Sør-Øst RHF.
 Rate per 1000 innbyggere = Antall ø-hjelp reinnleggelser innen 30 dager i perioden / Antall personer over 18 år i helseforetakets opptaksområde x 1000.

Rapportering av indikatoren skal skje på HF-nivå.

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner
Analyse og presentasjon av data Data aggregert på helseforetaksnivå rapporteres og brukes til å følge opp indikatoren fra RHF. Data på institusjons- og avdelingsnivå foreslås brukt i lokalt styrings- og forbedringsarbeid

Indikator nr. Hdir: nr. 19 HSØ: nr. 20	Indikator relatert til: HOD HSØ	20 - Tid fra henvisning til første behandling tykktarmskreft
Versjon nr: 1.0	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: Mars 2011

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren:

Tid fra henvisning til første behandling for tykktarmskreft.

Begrepsavklaringer

Tid: Antall dager fra mottaksdato for henvisning med tykktarmskreft eller mistanke om tykktarmskreft til dato for første behandlingsmodalitet ved sykehuset. Behandlingsmodalitet kan være kirurgi, stråleterapi eller cytostatika.

Tiden måles som median, dvs. den midterste verdien i en tallrekke.

Begrunnelse, referanse, evidens

Forekomsten av tykktarmskreft har økt gradvis fra 1984 til 2008. Hvert år blir om lag 2 300 pasienter diagnostisert med tykktarmskreft i Norge. I tillegg er det ca. 1 200 pasienter som får diagnosen endetarmskreft. Fra 1984 og fram til 2008 har andelen som fortsatt lever 5 år etter stilt tykktarmsdiagnose, økt fra ca. 47 prosent til ca. 59 prosent.

Overlevelsen er sterkt avhengig av utbredelse på diagnosetidspunkt. Ved lokalisert tumor er 5 års relativ overlevelse rundt 90%, 70% ved lokalavansert sykdom og 10% ved fjernspredning.¹

Type indikator

Prosessindikator

Indikatoren uttrykker

Indikatoren viser tilgjengelighet til diagnostikk og behandling ved alvorlig kreftsykdom.

Følgende indikatormål blir beregnet og publisert:

- Antall pasienter som har en behandling for tykktarmskreft
- Median tid i **løpedager** fra henvisning mottatt i spesialisthelsetjenesten til førstebehandlingsmodalitet. Med løpedager menes faktisk tid i dager.
- Median tid i **virkedager** fra henvisning mottatt i spesialisthelsetjenesten til første behandlingsmodalitet. Med virkedager menes faktiske dager med fratrekk for helg og bevegelige helligdager.
- Antall og andel (prosent) pasienter som får behandling innen 20 virkedager som er den normerte tiden for behandling av kreftpasienter i denne kategorien.

1 Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft i tykktarm og endetarm 04/2010 IS-1792

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatoren uttrykker prosentandelen av kreftpasientene som har fått første behandling innen 20 dager fra mottatt henvisning. Tiden måles i antall arbeidsdager fra sykehuset har mottatt henvisningen til pasienten har fått første behandling i form av enten kirurgisk inngrep, cellegiftbehandling eller strålebehandling.

Behandlingsstedet som presenteres er det behandlingsstedet som har registrert første behandling for pasienten. Har pasienten blitt overført fra ett sykehus til ett annet vil mottaksdatoen være ved det første sykehuset.

I utvalget er alle henvisninger hvor minst en av behandlingene er registrert med kreft som hoved- eller

bidiagnose inkludert.

I målingen brukes median, som betyr den midterste målingen. Det vil si at dersom verdier sorteres i stigende rekkefølge så er median den midterste verdien. Fordelen med å bruke median i stedet for gjennomsnitt er at median er stabil overfor ekstreme observasjoner.

Indikatorpopulasjon

Kirurgiske prosedyrekoder:

JFB30, JFB31, JFB46, JFB43, JGB00, JFB47, JAH00, JAH01, JFB00, JFB33, JFB50, JFB60, JFB40, JFB44, JGB10, JGB01, JFB20, JFH10, JJB00, JFB96, JFB41, JFB34, JFH01, JFB63, JFH96, JGB30, JAH20, JFA83, JFB51, JFB61, JFB01, JFL10, JGB96, JJA40, JAL01, JFB21, JJB50, JJB71, JAH21, JAL31, JFB64, JFL96, JFW96, JGB60.

Medisinske prosedyrekoder:

WBOC39, WBOC08, WBOC20, WBOC05, WBGM00.

Cytostatika:

Z51.10, Z51.11, Z51.12, Z51.13. (ICD10-koder)

Stråleterapi:

Z51.0. (ICD10-koder)

WEOA00 (medisinsk prosedyrekode).

Indikatorpopulasjonen omfatter pasienter som har tykktarmskreft som hoved- eller bidiagnose.

Datakilde

Norsk pasientregister (NPR).

Bearbeiding, aggregering og rapportering av data

Indikatoren utarbeides på grunnlag av aktivitetsdata fra behandlingsstedene som innrapporteres til Norsk pasientregister. Indikatoren skal rapporteres på behandlingsstedsnivå.

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

Styringsinformasjon for å bidra til at det organiseres effektive behandlingsskjede for personer som får tykktarmskreft.

Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner

1. En god del pasienter er henvist med *mistanke* om kreftsykdom. Dvs at den tiden som er oppgitt for en god del pasienter inkluderer tiden det tar for å få satt diagnosen kreft. Avhengig av kompleksiteten, kan utredningstiden være til dels betydelig. Det er nok store variasjoner i hvordan utredning på mistanke om kreft er organisert. Motsatt vil andre pasienter ha fått kreftdiagnosen og henvises for spesifikk behandling.
2. Ventetiden kan avhenge av kompleksiteten av den utredning og behandling pasienten henvises til. Man kan tenke seg at ventetid til enkel, palliativ behandling er kortere enn til kompliserte, høyspesialiserte prosedyrer.
3. Rent medisinsk sett vil det ikke alltid være viktig å komme i gang med behandling fortest mulig. For noen pasienter vil det være riktig å avvente til symptomgivende progresjon.
4. Det kan forekomme regionale forskjeller i behandlingspolitikk ved enkelte kreftsykdommer som medisinsk sett er likeverdige, men som kan påvirke ventetiden.
5. En potensiell svakhet ved tallene er forskjeller i sykehusenes registrering av henvisningsperioder (henvisninger). For detaljer forklaring av dette, se fotnote².

Målet om 20 arbeidsdager fra mottatt henvisning til igangsatt behandling ble innført sommeren 2011. Tallene gir grunnlag til å følge utviklingen over tid. Helsetjenesten i Norge er opptatt av god kvalitet og har fokus på pasientsikkerhet.

Datagrunnlaget kan brukes til å si noe om kvalitet. Det enkelte foretak kan se på tallene som et av flere utgangspunkt for videre utvikling og forbedringstiltak i tjenesten.

Tallene dekker ikke hele utrednings- og behandlingsforløpet. For eksempel er ikke tiden fra røntgenundersøkelse til pasienten blir henvist til sykehuset alltid medregnet.

Å måle kvalitet er utfordrende og slike tall og målinger må derfor tolkes med varsomhet. Det er viktig å være oppmerksom på at flere faktorer enn kvalitet kan gi variasjon i tallene. Sykehusene har ulike oppgaver, funksjonsfordeling og ulikt pasientgrunnlag og dette kan også være med på å gi variasjon i tallene.

Analyse og presentasjon av data

Data viser medgått tid fra mottatt henvisning til første behandling. Data publiseres på nivåene behandlingssted, HF og RHF hvert tertial. Publiseres på Helsedirektoratets nettside for kvalitetsindikatorer (<http://nesstar2.shdir.no/kvalind/>), tjenesten Fritt Sykehusvalg (www.frittsykehusvalg.no) og helseportalen Helsenorge (<http://helsenorge.no/Helsetjenester/Sider/Kvalitet-i-helsetjenesten.aspx>)

2 NPR: En potensiell svakhet er enhetenes registrering av henvisningsperioder (henvisninger). Iht rundskriv for ventelisteregistrering skal all behandling for ett syketilfelle registreres i samme henvisningsperiode. Dvs at både episoder knyttet til utredning og behandling skal knyttes til samme henvisning. Det er imidlertid ikke sjeldent at sykehusene splitter opp behandling for ett syketilfelle i flere henvisningsperioder. Dersom f.eks utredning og behandling registreres i to ulike henvisningsperioder er det en risiko for at tiden fra henvisning til første behandling blir kortere enn dersom alle episoder/kontakter hadde blitt registrert i samme henvisningsperiode.

Indikator nr. Hdir: nr. 21 HSØ: nr. 21	Indikator relatert til: HOD HSØ	21 - Tid fra henvisning til første behandling brystkreft
Versjon nr: 1.0	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: November 2011

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren: Tid fra henvisning til første behandling for brystkreft.

Begrepsavklaringer

Tid: Antall dager fra mottaksdato for henvisning med brystkreft eller mistanke om brystkreft til dato for første behandlingsmodalitet. Behandlingsmodalitet kan være kirurgi, stråleterapi eller cellegift.

Tiden måles som median, dvs. den midterste verdien i en tallrekke.

Begrunnelse, referanse, evidens

Brystkreft er den hyppigste kreftformen blant kvinner i Norge og den vestlige verden. Hvert år er det om lag 2 700 nye tilfeller av brystkreft blant kvinner i Norge. I 2009 er 5-års overlevelse etter brystkreft 88 prosent. Denne forbedringen kan skyldes nye behandlingsmetoder og tidlig diagnostisering. Prognosen ved brystkreft er sterkt avhengig av stadium.

I Norge ble det i 2004 innført mammografiscreening for kvinner mellom 50 og 69 år. Effekten av screeningen er omdiskutert. Derfor ble det i 2007 startet en evaluering av programmet for å se på hvilke effekter programmet har hatt for bl.a. dødelighet, overdiagnostikk, og andre helseperspektiver.

Type indikator

Prosessindikator

Indikatoren uttrykker

Indikatoren viser tilgjengelighet til diagnostikk og behandling ved alvorlig kreftsykdom.

Følgende indikatormål blir beregnet og publisert:

- Antall pasienter som har en behandling for tykktarmskreft
- Median tid i **løpedager** fra henvisning mottatt i spesialisthelsetjenesten til førstebehandlingsmodalitet. Med løpedager menes faktisk tid i dager.
- Median tid i **virkedager** fra henvisning mottatt i spesialisthelsetjenesten til første behandlingsmodalitet. Med virkedager menes faktiske dager med fratrekk for helg og bevegelige helligdager.
- Antall og andel (prosent) pasienter som får behandling innen 20 virkedager som er den normerte tiden for behandling av kreftpasienter i denne kategorien.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatoren uttrykker prosentandelen av kreftpasientene som har fått første behandling innen 20 dager fra mottatt henvisning. Tiden måles i antall arbeidsdager fra sykehuset har mottatt henvisningen til pasienten har fått første behandling i form av enten kirurgisk inngrep, cellegiftbehandling eller strålebehandling.

Behandlingsstedet som presenteres er det behandlingsstedet som har registrert første behandling for pasienten. Har pasienten blitt overført fra ett sykehus til ett annet vil mottaksdatoen være ved det første sykehuset.

I utvalget er alle henvisninger hvor minst en av behandlingene er registrert med kreft som hoved- eller bidiagnose inkludert.

I målingen brukes median, som betyr den midterste målingen. Det vil si at dersom verdier sorteres i stigende rekkefølge så er median den midterste verdien. Fordelen med å bruke median i stedet for gjennomsnitt er at median er stabil overfor ekstreme observasjoner.

Indikatorpopulasjon

Kirurgiske prosedyrekoder:

GAE16, HAB00, HAB30, HAB40, HAB99, HAC20, HAC25, PJD42, PJD52, THW99.

Medisinske prosedyrekoder:

WBGC10, WBGM00, WBGM15, WBGM60, WBOC05, WBOC08, WBOC10, WBOC20, WBOC39, WBGM05, WBGM10.

Cytostatika:

Z51.10, Z51.11, Z51.12, Z51.13. (ICD10-koder).

Stråleterapi:

Z51.0. (ICD10-kode).

WEOA00 (medisinsk prosedyrekode).

Indikatorpopulasjonen omfatter pasienter som har brystkreft som hoved- eller bidiagnose.

Datakilde

Norsk pasientregister (NPR).

Bearbeiding, aggregering og rapportering av data

Indikatoren utarbeides på grunnlag av aktivitetsdata fra behandlingsstedene som innrapporteres til Norsk pasientregister. Indikatoren skal rapporteres på behandlingsstedsnivå.

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

Styringsinformasjon for å bidra til at det organiseres effektive behandlingsskjede for personer som får tykktarmskreft.

Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner

1. En god del pasienter er henvist med *mistanke* om kreftsykdom. Dvs at den tiden som er oppgitt for en god del pasienter inkluderer tiden det tar for å få satt diagnosen kreft. Avhengig av kompleksiteten, kan utredningstiden være til dels betydelig. Det er nok store variasjoner i hvordan utredning på mistanke om kreft er organisert. Motsatt vil andre pasienter ha fått kreftdiagnosen og henvises for spesifikk behandling.
2. Ventetiden kan avhenge av kompleksiteten av den utredning og behandling pasienten henvises til. Man kan tenke seg at ventetid til enkel, palliativ behandling er kortere enn til kompliserte, høyspesialiserte prosedyrer.
3. Rent medisinsk sett vil det ikke alltid være viktig å komme i gang med behandling fortest mulig. For noen pasienter vil det være riktig å avvente til symptomgivende progresjon.
4. Det kan forekomme regionale forskjeller i behandlingspolitikk ved enkelte 3 kreftsykdommer som medisinsk sett er likeverdige, men som kan påvirke ventetiden.
5. En potensiell svakhet ved tallene er forskjeller i sykehusenes registrering av henvisningsperioder (henvisninger). For detaljer forklaring av dette, se fotnote².

Målet om 20 arbeidsdager fra mottatt henvisning til igangsatt behandling ble innført sommeren 2011. Tallene gir grunnlag til å følge utviklingen over tid. Helsetjenesten i Norge er opptatt av god kvalitet og har fokus på pasientsikkerhet.

Datagrunnlaget kan brukes til å si noe om kvalitet. Det enkelte foretak kan se på tallene som et av flere utgangspunkt for videre utvikling og forbedringstiltak i tjenesten.

Tallene dekker ikke hele utrednings- og behandlingsforløpet. For eksempel er ikke tiden fra røntgenundersøkelse til pasienten blir henvist til sykehuset alltid medregnet.

Å måle kvalitet er utfordrende og slike tall og målinger må derfor tolkes med varsomhet. Det er viktig å være oppmerksom på at flere faktorer enn kvalitet kan gi variasjon i tallene. Sykehusene har ulike oppgaver, funksjonsfordeling og ulikt pasientgrunnlag og dette kan også være med på å gi variasjon i tallene.

Analyse og presentasjon av data

Data viser medgått tid fra mottatt henvisning til første behandling. Data publiseres på nivåene behandlingssted, HF og RHF hvert tertial. Publiseres på Helsedirektoratets nettside for kvalitetsindikatorer (<http://nesstar2.shdir.no/kvalind/>), tjenesten Fritt Sykehusvalg (www.frittsykehusvalg.no) og helseportalen Helsenorge (www://helsenorge.no/Helsetjenester/Sider/Kvalitet-i-helsetjenesten.aspx)

NPR: En potensiell svakhet er enhetenes registrering av henvisningsperioder (henvisninger). Iht rundskriv for ventelisteregistrering skal all behandling for ett syketilfelle registreres i samme henvisningsperiode. Dvs at både episoder knyttet til utredning og behandling skal knyttes til samme henvisning. Det er imidlertid ikke sjeldent at sykehusene splitter opp behandling for ett syketilfelle i flere henvisningsperioder. Dersom f.eks utredning og behandling registreres i to ulike henvisningsperioder er det en risiko for at tiden fra henvisning til første behandling blir kortere enn dersom alle episoder/kontakter hadde blitt registrert i samme henvisningsperiode.

Indikator nr. Hdir: nr. 20 HSØ: nr. 22	Indikator relatert til nasjonal indikatorsett og Helse Sør-Øst indikatorsett	22 - Tid fra henvisning til første behandling lungekreft
Versjon nr: 1.0	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: November 2011

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren: Tid fra henvisning til første behandling for lungekreft.

Begrepsavklaringer

Tid: Antall dager fra mottaksdato for henvisning med brystkreft eller mistanke om lungekreft til dato for første behandlingsmodalitet. Behandlingsmodalitet kan være kirurgi, stråleterapi eller cellegift.

Tiden måles som median, dvs. den midterste verdien i en tallrekke.

Begrunnelse, referanse, evidens

Lungekreft er den tredje hyppigste kreftformen blant både menn og kvinner. Hvert år får om lag 2 500 nye pasienter diagnosen lungekreft i Norge, og tallet er økende. Økningen er størst blant kvinner. Forekomsten blant kvinner mellom 50-69 ble neste tredoblet fra 1984 til 2008, men det har vært en nedgang blant menn i samme aldersgruppe.

For begge kjønn har det bare vært en liten økning av overlevelsesraten fra 1984 til 2008. I samme periode var fem års relativ overlevelse av lungekreft 11 % for menn og 14 % for kvinner. Det er en økning på ca 3 % for menn og 4 % for kvinner sammenlignet med perioden 1994-1998. Overlevelse er i hovedsak relatert til stadium og behandling. Kirurgisk behandling gjøres i hovedsak i kurativ hensikt. Kjemoterapi og strålebehandling er oftest palliativ behandling.

Type indikator

Prosessindikator

Indikatoren uttrykker

Indikatoren viser tilgjengelighet til diagnostikk og behandling ved alvorlig kreftsykdom.

Følgende indikatormål blir beregnet og publisert:

- Antall pasienter som har en behandling for lungekreft
- Median tid i **løpedager** fra henvisning mottatt i spesialisthelsetjenesten til førstebehandlingsmodalitet. Med løpedager menes faktisk tid i dager.
- Median tid i **virkedager** fra henvisning mottatt i spesialisthelsetjenesten til første behandlingsmodalitet. Med virkedager menes faktiske dager med fratrekk for helg og bevegelige helligdager.
- Antall og andel (prosent) pasienter som får behandling innen 20 virkedager som er den normerte tiden for behandling av kreftpasienter i denne kategorien.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatoren uttrykker prosentandelen av kreftpasientene som har fått første behandling innen 20 dager fra mottatt henvisning. Tiden måles i antall arbeidsdager fra sykehuset har mottatt henvisningen til pasienten har fått første behandling i form av enten kirurgisk inngrep, cellegiftbehandling eller strålebehandling.

Behandlingsstedet som presenteres er det behandlingsstedet som har registrert første behandling for

pasienten. Har pasienten blitt overført fra ett sykehus til ett annet vil mottaksdatoen være ved det første sykehuset.

I utvalget er alle henvisninger hvor minst en av behandlingene er registrert med kreft som hoved- eller bidiagnose inkludert.

I målingen brukes median, som betyr den midterste målingen. Det vil si at dersom verdier sorteres i stigende rekkefølge så er median den midterste verdien. Fordelen med å bruke median i stedet for gjennomsnitt er at median er stabil overfor ekstreme observasjoner.

Indikatorpopulasjon

Kirurgiske prosedyrekoder:

GAC20, GAC36, GBC00, GCA05, GCA50, GDD00, GDD20, GDD26, GDA20, GDB10, GDB11, GDB20, GDC01, GDC00, GDC10, GDC13, GDC20, GDC26

Medisinske prosedyrekoder:

WBOC05, WBOC20, WBOC39.

Cytostatika:

Z51.10, Z51.11, Z51.12, Z51.13. (ICD10-koder).

Stråleterapi:

Z51.0. (ICD10-kode).

WEOA00 (medisinsk prosedyrekode).

Indikatorpopulasjonen omfatter pasienter som har lungekreft som hoved- eller bidiagnose.

Datakilde

Norsk pasientregister (NPR).

Bearbeiding, aggregering og rapportering av data

Indikatoren utarbeides på grunnlag av aktivitetsdata fra behandlingsstedene som innrapporteres til Norsk pasientregister. Indikatoren skal rapporteres på behandlingsstedsnivå.

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

Styringsinformasjon for å bidra til at det organiseres effektive behandlingsskjede for personer som får tykktarmskreft.

Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner

1. En god del pasienter er henvist med *mistanke* om kreftsykdom. Dvs at den tiden som er oppgitt for en god del pasienter inkluderer tiden det tar for å få satt diagnosen kreft. Avhengig av kompleksiteten, kan utredningstiden være til dels betydelig. Det er nok store variasjoner i hvordan utredning på mistanke om kreft er organisert. Motsatt vil andre pasienter ha fått kreftdiagnosen og henvises for spesifikk behandling.
2. Ventetiden kan avhenge av kompleksiteten av den utredning og behandling pasienten henvises til. Man kan tenke seg at ventetid til enkel, palliativ behandling er kortere enn til kompliserte, høyspesialiserte prosedyrer.
3. Rent medisinsk sett vil det ikke alltid være viktig å komme i gang med behandling fortest mulig. For noen pasienter vil det være riktig å avvente til symptomgivende progresjon.
4. Det kan forekomme regionale forskjeller i behandlingspolitikk ved enkelte 3 kreftsykdommer som medisinsk sett er likeverdige, men som kan påvirke ventetiden.
5. En potensiell svakhet ved tallene er forskjeller i sykehusenes registrering av henvisningsperioder (henvisninger). For detaljer forklaring av dette, se fotnote².

Målet om 20 arbeidsdager fra mottatt henvisning til igangsatt behandling ble innført sommeren 2011. Tallene gir grunnlag til å følge utviklingen over tid. Helsetjenesten i Norge er opptatt av god kvalitet og har fokus på pasientsikkerhet.

Datagrunnlaget kan brukes til å si noe om kvalitet. Det enkelte foretak kan se på tallene som et av flere utgangspunkt for videre utvikling og forbedringstiltak i tjenesten.

Tallene dekker ikke hele utrednings- og behandlingsforløpet. For eksempel er ikke tiden fra røntgenundersøkelse til pasienten blir henvist til sykehuset alltid medregnet.

Å måle kvalitet er utfordrende og slike tall og målinger må derfor tolkes med varsomhet. Det er viktig å være oppmerksom på at flere faktorer enn kvalitet kan gi variasjon i tallene. Sykehusene har ulike oppgaver, funksjonsfordeling og ulikt pasientgrunnlag og dette kan også være med på å gi variasjon i tallene.

Analyse og presentasjon av data

Data viser medgått tid fra mottatt henvisning til første behandling. Data publiseres på nivåene behandlingssted, HF og RHF hvert tertial. Publiseres på Helsedirektoratets nettside for kvalitetsindikatorer (<http://nesstar2.shdir.no/kvalind/>), tjenesten Fritt Sykehusvalg (www.frittsykehusvalg.no) og helseportalen Helsenorge ([www://helsenorge.no/Helsetjenester/Sider/Kvalitet-i-helsetjenesten.aspx](http://www.helsenorge.no/Helsetjenester/Sider/Kvalitet-i-helsetjenesten.aspx))

NPR: En potensiell svakhet er enhetenes registrering av henvisningsperioder (henvisninger). Iht rundskriv for ventelisteregistrering skal all behandling for ett syketilfelle registreres i samme henvisningsperiode. Dvs at både episoder knyttet til utredning og behandling skal knyttes til samme henvisning. Det er imidlertid ikke sjeldent at sykehusene splitter opp behandling for ett syketilfelle i flere henvisningsperioder. Dersom f.eks utredning og behandling registreres i to ulike henvisningsperioder er det en risiko for at tiden fra henvisning til første behandling blir kortere enn dersom alle episoder/kontakter hadde blitt registrert i samme henvisningsperiode.

Indikator nr. Hdir: nr. 23 HSØ: nr. 24	Indikator relatert til HOD	24 - Registrering av hovedtilstand - psykisk helsevern voksne
Versjon nr: 1.0	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: Mars 2011

BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren: Registrering av hovedtilstand psykisk helsevern voksne.

Begrepsavklaringer

Hovedtilstand : Primærdiagnose (ICD-10) som registreres i pasientadministrativt system for episoden (innleggelse eller poliklinisk kontakt). Ved avslutning av behandling (avsluttet henvisningsperiode) skal primærdiagnosen være utfylt. Primærdiagnosen skal ikke være en uspesifisert kode.

Uspesifiserte ICD-10 koder (Z-koder, F99): Diagnosekoder ICD-10 som beskriver kontaktype og ikke psykiatrisk diagnose. Blir ofte brukt som en temporær kode inntil psykiatrisk diagnose er diagnostisert.

Begrunnelse, referanse, evidens

Formålet med indikatoren er å få økt klinisk kvalitet på registreringen av hovedtilstand til Norsk pasientregister (NPR).

Tabellen under viser antall avsluttede henvisninger med enten manglende registrering av hovedtilstand eller registrering med uspesifiserte diagnosekoder¹ i 2009. Registrering av uspesifiserte koder er vanlig og brukes ofte som en temporær kode inntil pasienten er ferdig diagnostisert.

Manglende koding av diagnoser eller bruk av uspesifiserte koder fører til at den kliniske kvaliteten på dataene til sentrale helseregistre blir dårligere.

Type indikator

Prosessindikator

METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon

	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Avsluttede henvisninger med registrert kode på hoveddiagnose (tilstand_1_1)	
Nevner	Alle avsluttede henvisninger (pasienten er ferdigbehandlet) Gjelder alle omsorgsnivåer.	

Datakilde

Norsk pasientregister

Bearbeiding, aggregering og rapportering av data

Indikatoren utarbeides på grunnlag av aktivitetsdata fra behandlingsstedene som innrapporteres til Norsk pasientregister. Indikatoren skal rapporteres og presenteres på behandlingsstedsnivå.

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

Styringsindikator for de regionale helseforetakene til å følge opp registreringspraksis for diagnosesetting. Gode data om hva slags diagnoser pasientene er behandlet for er sentralt for å kunne kvalitetssikre utviklingen av feltet.

Underliggende faktorer som kan forklare variasjon

Åpning og lukking av henvisningsperioder praktiseres ulikt av behandlingsstedene. Dette medfører at enkelte behandlingssteder kan ha ulike registreringsrutiner for diagnosesetting som igjen kan gi utslag i statistikken.

Analyse og presentasjon av data

Data publiseres på behandlingsstedsnivå årlig.

Indikator nr. Hdir: nr. 24 HSØ: nr. 25	Indikator relatert til HOD	25 - Registrering av hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge
Versjon nr: 1.0	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: Mars 2011

BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren: Registrering av hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge.

Begrepsavklaringer

Hovedtilstand: Pasienten forutsettes å være diagnostisk vurdert når spesifiserte diagnoser er registrert i journalsystemet. Diagnostikk, eller klassifikasjon, er et hjelpemiddel for å ordne informasjon, gruppere fenomener og skape et språk for kommunikasjon med andre. Kategoriseringen danner grunnlag for vitenskapelig innhenting av informasjon som igjen kan appliseres i klinisk arbeid.¹

Spesifisert koder: Diagnosekoder ICD-10 som etter vurdering viser at pasienten ikke har fått påvist noen psykiatrisk diagnose:

- (X)000 : Ingen påvist tilstand på aksene

Uspesifiserte koder: Diagnosekoder ICD-10 eller andre koder som ikke inneholder informasjon om psykiatrisk diagnose. Følgende koderegistrering i pasientsystemet betraktes som uspesifisert koding:

- (X)999 : Mangelfull informasjon til å kode på aksene²

- Z004: Generell psykiatrisk undersøkelse, ikke klassifisert noe sted

- Z032: Observasjon ved mistanke om psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser

- F99: Uspesifisert psykisk forstyrrelse eller lidelse INA

Multiaksialt klassifikasjonssystem: Akse 1-6 i Multiaksial klassifikasjon av barne- og ungdomspsykiatriske forstyrrelser (World Health Organization, 1996)³. Dette er et klassifikasjonssystem som dels er basert på ICD-10 og dels på etablert praksis i det pasientadministrative datasystemet som brukes av fagfeltet.

Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom

Akse 2 Spesifikke utviklingsforstyrrelser

Akse 3 Intelligensnivå

Akse 4 Somatiske tilstander

Akse 5 Aktuelle vanskelige psykososiale forhold

Akse 6 Global vurdering av psykososialt funksjonsnivå (CGAS)

Begrunnelse, referanse, evidens

Formålet med indikatoren er å få økt klinisk kvalitet på registreringen av hovedtilstander til Norsk pasientregister (NPR).

Behandlingsmulighetene for pasienter med psykiske lidelse er forbedret. For å velge en effektiv og god behandling er utredning og diagnostisering av pasientens problemer en av flere viktige forutsetninger.

Manglende koding av diagnoser eller bruk av uspesifiserte koder fører til at den kliniske kvaliteten på dataene til sentrale helseregistre blir dårligere. Klinisk kvaliteten på dataene til sentrale helseregistre blir dårligere.

Type indikator

Prosessindikator

¹ Zeiner P., Stene Nøvik T., Diagnostikk i barne- og ungdomspsykiatri, Veileder i barne- og ungdomspsykiatri, Den norske lægeforening, Oslo 2000

² (X) betyr hvilken akse koden tilhører, dvs 1999 for akse 1, 2999 for akse 2 osv

³ Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders, WHO, 1996.

Målsetning

Målsetningen er at behandlingsstedet skal ha gyldig diagnosekode ved alle 6 akser ved avsluttet og uavsluttet behandling. Ved uavsluttet behandling skal diagnosekodene settes senest ved 6. direkte kontakt behandlingsstedet har med pasienten.

METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Avsluttede henvisninger med registrert kode på hoveddiagnose (tilstand_1_1)	
Nevner	Alle avsluttede henvisninger (pasienten er ferdigbehandlet) Gjelder alle omsorgsnivåer.	
Datakilde Norsk pasientregister		
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data Indikatoren utarbeides på grunnlag av aktivitetsdata fra behandlingsstedene som innrapporteres til Norsk pasientregister. Indikatoren skal rapporteres og presenteres på behandlingsstedsnivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som Styringsindikator for de regionale helseforetakene til å følge opp registreringspraksis for diagnosesetting. Gode data om hva slags diagnoser pasientene er behandlet for er sentralt for å kunne kvalitetssikre utviklingen av feltet.
Underliggende faktorer som kan forklare variasjon Åpning og lukking av henvisningsperioder praktiseres ulikt av behandlingsstedene. Dette medfører at enkelte behandlingssteder kan ha ulike registreringsrutiner for diagnosesetting som igjen kan gi utslag i statistikken.
Analyse og presentasjon av data Data publiseres på behandlingsstedsnivå årlig.

Indikator nr. Hdir: nr. 17 HSØ: nr. 26	Indikator relatert til HOD HSØ	26 - Fødselsrifter grad 3 og 4
Versjon nr: 1.0	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: Mars 2011

BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren:

Andel fødsler med perinealruptur eller fødselsrifter grad 3 og grad 4 blant alle vaginale fødsler _ 22 uker

Begrepsavklaringer

Perinealruptur grad 3-4¹:

Grad 3: Skade av perineum som involverer analsfinkter

3a: Ruptur av <50 % av [m. sphincter ani externus] EAS

3b: Ruptur av >50 % av EAS

3c: Ruptur av EAS og m. sphincter ani internus (IAS)

Grad 4: Skade av perineum som involverer analsfinkter og anal/rektumslimhinne.

Begrunnelse, referanse, evidens

Skade av analsfinkter (endetarmens lukkemuskel) er en vel kjent og alvorlig komplikasjon knyttet til vaginale fødsler. Klinisk erkjente sfinkterskader opereres umiddelbart, men anal inkontinens etter slike operasjoner forekommer likevel hos mellom 25 og 60 % av pasientene. Symptomer i form av inkontinens for luft er det vanligste, men opptil 26 % rapporterer fekal urgency (plutselig sterk avføringstrang).²

I 2004 gjennomførte Helsetilsynet landsomfattende tilsyn med 26 fødselsinstitusjoner i Norge³. En hovedkonklusjon i rapporten var at det skjer for mange sfinkterskader i Norge, at registreringen av denne alvorlige fødselskomplikasjonen ikke er god nok, og at behandlingen ikke alltid er i samsvar med forsvarlig praksis. Forekomst av 3. og 4. grads perinealruptur var 0,5-6 % hos de kvinner som fødte vaginalt på de 26 fødselsinstitusjonene som var med i undersøkelsen.

På bakgrunn av disse forhold utarbeidet Nasjonalt råd for fødselsomsorg og Helsedirektoratet i 2006 en nasjonal handlingsplan. Planen omfattet tiltak for å redusere antall skader, bedre primærbehandlingen og oppfølgingen av pasienter med sfinkterskader, samt å gi forslag til klare mål som skal nås. Som en del av handlingsplan ble det gjennomført en intervensjonsstudie. Studien viste at forekomsten av sfinkterskader ved fem norske fødeavdelinger ble redusert fra 4 % til 1,2 %. Data fra Medisinsk fødselsregisters institusjonsstatistikk (2010) viser nedgang i antall skader, men det finnes fortsatt tildels store variasjoner mellom fødeinstitusjoner.

Type indikator

Resultatindikator

Målsetning

Redusere forekomsten av 3. og 4. grads perinealruptur.

METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

¹ Veileder i fødselshjelp 2008 (Norsk gynekologisk forening) – Kapittel 38 (Anny Spydsaug, Barthold Vonen, Ingrid Petrikke Olsen, Elham Baghestan) (<http://www.legeforeningen.no/id/131811.0>)

² Nasjonal handlingsplan. Sfinkterskader ved fødsel bør reduseres i Norge. 2006

Laine K, Pirhonen T, Rolland R, Pirhonen J: Decreasing the incidence of anal sphincter tears during delivery. Obstet Gynecol. May 2008.

³ Rapport fra Helsetilsynet 11/2004.

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	a. Perinealruptur grad 3-4 b. Perinealruptur grad 3-4	Det utarbeides to indikatorer. I indikator b ekskluderes instrumentelle vaginale fødsler.
Nevner	a. Alle vaginale fødsler. b. Alle vaginale fødsler med unntak av instrumentelle (bruk av tang eller vakum) vaginale fødsler.	
Datakilde Medisinsk fødselsregister (MFR).		
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data Indikatoren utarbeides på grunnlag av data som rapporteres til Medisinsk fødselsregister. Indikatoren rapporteres på behandlingsstedsnivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Underliggende faktorer som kan forklare variasjon¹ • Førstegangsfødende • Fødselsvekt >4000g • Operativ Forløsning (vakuum/tang) • Langvarig 2. stadium • Median episiotomi (klipp som legges fra vaginalåpningen for å bedre plassforhold) • Fødselsinduksjon • Epidural anestesi • Mors alder • Tidligere perinealruptur grad 3 og 4 • Ødem i perineum • Fundustrykk
Analyse og presentasjon av data Data publisert første gang 15.12.2010 i Medisinsk fødselsregisters statistikkbank. Indikatoren presenteres halvårlig på behandlingsstedsnivå. Antall instrumentelle forløsninger og andel rupturer ved instrumentelle forløsninger bør sees i sammenheng med andel keisersnitt. Noen institusjoner har svært få fødsler og vil ikke få fødende med mange risikofaktorer for en komplisert fødsel. Det kan være store svingninger i prosent- eller promilleberegninger basert på små tall.

¹ Anny Spydslaug, Barthold Vonen, Ingrid Petrikke Olsen, Elham Baghestan. Kapittel 38: Perinealruptur. Veileder i fødselshjelp 2008. Norsk gynekologisk forening. <http://www.legeforeningen.no/id/131811.0>

Indikator nr Hdir: nr 16 HSØ: 27	Indikator relatert til nasjonal indikatorsett og Helse Sør-Øst indikatorsett	27 - Andel pasienter under 80 år med hjerneinfarkt som får trombolysebehandling
Versjon nr: 1.0	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: Mars 2011

BESKRIVELSE AV INDIKATOREN**Definisjon av indikatoren:**

Andel pasienter med akutt hjerneinfarkt som får intravenøs trombolysebehandling.

Begrepsavklaringer*Hjerneinfarkt:*

Hjerneinfarkt er den hyppigste av de tre årsaker til hjerneslag. Hjerneslag defineres av Verdens helseorganisasjon som "en plutselig oppstått fokal eller global forstyrrelse i hjernens funksjoner av vaskulær årsak som vedvarer i mer enn 24 t eller fører til død".

Trombolyse:

Trombolyse er en medisinsk betegnelse for nedbrytning (lysis) av blodpropper ved hjelp av medisiner. Trombolytisk behandling kan gis intravenøst og intra-arterielt.

Begrunnelse, referanse, evidens

Hjerneslag er en av våre største og alvorligste folkesykdommer, den tredje hyppigste dødsårsak og en dominerende årsak til alvorlig funksjonshemming for denne pasientgruppen. Hjerneslag omfatter hjerneinfarkt (85-90 %), hjerneblødninger (intracerebrale blødninger) (10-12 %) og hjernehinne blødninger (subarachnoidale blødninger) (3-5 %).¹

Av de ca. 15 000 som rammes av hjerneslag i Norge hvert år, er 3/4 over 70 år. De fleste som rammes av hjerneslag trenger langvarig pleie og opptrening. Hjerneslag er derfor en sykdomsgruppe som krever store ressurser.

Riktig behandling kan redusere noen av de alvorligste konsekvensene av hjerneslag. Hjerneslag er en akuttmedisinsk tilstand, og pasienter med symptomer på hjerneslag skal innlegges i sykehus som ø-hjelp for rask utredning og behandling. Behandlingstilbudet bør organiseres som en behandlingsskjede der målet er et pasientforløp som sikrer at pasienten får veldokumentert, effektiv, koordinert og riktig behandling til riktig tid i alle faser i sykdomsforløpet.

Nasjonale retningslinjer gir anbefalinger om rask innleggelse i sykehus slik at bruk av trombolyse er mulig når det er indisert.

Intravenøs trombolytisk behandling med vevsplasminogen aktivator (tPA) har vist effekt ved behandling gitt inntil 4,5 timer etter symptomdebut. Effekten er størst ved tidlig innsettende behandling. Medikamentet er inntil videre kun godkjent for bruk innen 3 timer etter symptomdebut.

Det er et mål om å øke andel pasienter som får trombolysebehandling. En forutsetning for å nå målet er at pasienten raskt transporteres til sykehus, samt får en rask avklaring ved ankomst mht om pasienten er aktuell for trombolytisk behandling.

Type indikator

Prosessindikator

METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

¹ Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag 04/2010 (IS-1688)

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Antall pasienter behandlet med intravenøs trombolysedose til og med 80 år.	Pasienter 81 år og over
Nevner	Antall pasienter innlagt med hjerneinfarkt til og med 80 år.	
Teller: ICD-10 koden for hjerneinfarkt er I63.0-I63.9 + NCMP-NCSP koder 1XX01: Intravenøs trombolysedosebehandling ved akutt hjerneinfarkt og ZPA00 Bruk av trombolysedose i kar. Nevner: ICD-10 koden for hjerneinfarkt er I63.0-I63.9 Alle sykehusopphold (kun heldøgnsinnleggelser) med diagnosen hjerneinfarkt (ICD-10: I63x) som hoveddiagnose. Prosedyrekode for trombolysedosebehandling er 1XX01 (ny kode fra 2011). I en overgangsfase vil også den gamle koden (ZPA00) telles som trombolysedosebehandling. Utvalget gjelder alle sykehusopphold uavhengig av hastegrad (dvs ø-hjelp eller planlagt behandling). Pasienter som blir overført mellom ulike sykehus og der hoveddiagnosen hele tiden er hjerneinfarkt telles kun en gang. Pasienten blir telt med i det første sykehuset som utfører trombolysedosen, uavhengig om det var første sykehus eller senere sykehus. For hjerneinfarktpasienter hvor det ikke utføres trombolysedose i løpet av noen av sykehusoppholdene telles pasienten med i det første sykehuset. Datakilde Norsk pasientregister (NPR) Bearbeiding, aggregering og rapportering av data Indikatoren utarbeides på grunnlag av aktivitetsdata fra behandlingsstedene som innrapporteres til Norsk pasientregister. Indikatoren skal rapporteres på behandlingsstedsnivå.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som Styringsvariabel for å bidra til at det etableres effektive behandlingsskjeder for personer som rammes av hjerneinfarkt.
Underliggende faktorer som kan forklare variasjon Det ble innført en kode for intravenøs trombolysedosebehandling 1.1.2011. Erfaringsmessig tar det noe tid før nye koder implementeres og registreres optimalt. Ikke alle sykehus tilbyr trombolysedosebehandling. Pasienter som sendes til sykehus som ikke tilbyr trombolysedosebehandling kan være pasienter som av ulike årsaker, ikke skal ha trombolysedosebehandling. Det kan forekomme store svingninger i prosentandelen som fikk trombolysedosebehandling ved enkelte behandlingssenheter fra et tertial til neste, samt store forskjeller mellom behandlingssenheter. Slike svingninger og/eller forskjeller kan i enkelte tilfeller relateres til at tallmaterialet er lite, slik at et par pasienter mer/mindre som får behandling kan gi relativt store utslag i prosentandelen. Trombolysedosebehandling av hjerneslagspasienter skal i utgangspunktet gis innen 3 timer etter infarkt har oppstått, men har dokumentert effekt også innen 4,5 timer. Noen sykehus i Norge er imidlertid med i en internasjonal studie der tidsrammen for behandling er utvidet til inntil 6 timer. Ved disse sykehusene vil andel trombolysedosebehandling muligens være noe høyere enn ved de andre sykehusene.
Analyse og presentasjon av data Data publiseres på behandlingsstedsnivå hvert tertial.

Indikator nr. Hdir: nr. 22 HSØ: nr. 28	Indikator relatert til HOD	28 - Registrering av lovgrunnlag psykisk helsevern voksne
Versjon nr: 1.0	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: Mars 2011

BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren:

Registrering av lovgrunnlag psykisk helsevern voksne.

Begrepsavklaringer

Med lovgrunnlag menes hvilket lovverk og hvilken paragraf som er anvendt ved innleggelse, bortsett fra ved anvendelse av tvang etter psykisk helsevernloven, der spesialistvedtaket skal anvendes.

Spesialistvedtak: Er det første vedtaket som skal gjøres av spesialist ved behandlingsenheten innen 24 timer etter at pasienten er mottatt for behandling.

Spesialistvedtak skal alltid fylles ut, selv ved frivillig behandling¹.

Merk at spesialistvedtaket ikke nødvendigvis er det samme som henvisningsformaliteten.

Henvisningsformalitet er den formaliteten i loven som pasienten er henvist etter. Nytt vedtak må fattes av behandlingsstedet når pasienten kommer til behandling og er blitt vurdert av spesialist der.

Begrunnelse, referanse, evidens

Behandlingsstedenes innrapportering av tvangsdata til Norsk pasientregister (NPR) er mangelfull. Strategigruppe II for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling har i en rapport² sterkt understreket behovet for å bedre datakvaliteten på dette området. Helse- og omsorgsdepartementet har pålagt de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet å utarbeide forpliktende handlingsplaner for redusert og riktig bruk av tvang i de psykiske helsetjenestene.

Type indikator

Prosessindikator

Målsetning

Målsetningen er at behandlingsstedet skal ha registrert og rapportert lovgrunnlag på alle nyhenviste pasienter ved alle omsorgsnivåer, innleggelse, dagbehandling og poliklinikk.

METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon

	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Registrert eller manglende lovgrunnlag (typeFormalitet_1)	
Nevner	Alle omsorgsnivåer (dag, døgnet og poliklinikk) Gjelder nye henvisninger i perioden (dvs mottaksdato for henvisning er i aktuell periode) Første episode (kontakt) i henvisningsperioden blir telt	

Datakilde

Norsk pasientregister

Bearbeiding, aggregering og rapportering av data

Indikatoren utarbeides på grunnlag av aktivitetsdata fra behandlingsstedene som innrapporteres til Norsk pasientregister. Indikatoren skal rapporteres og presenteres på behandlingsstedsnivå.

¹ Jfr registreringsveileder for psykisk helsevern (NPR):

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00306/IS-1541_306849a.pdf

² [http://www.helse-midt.no/Helse-](http://www.helse-midt.no/Helse-Midt/Dokumenter/2010/Nasjonal%20Strategigr%20II,%20psykiatri/Psykiatrirapport%201.pdf)

[Midt/Dokumenter/2010/Nasjonal%20Strategigr%20II,%20psykiatri/Psykiatrirapport%201.pdf](http://www.helse-midt.no/Helse-Midt/Dokumenter/2010/Nasjonal%20Strategigr%20II,%20psykiatri/Psykiatrirapport%201.pdf)

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

Styringsindikator for de regionale helseforetakene til å følge opp registreringspraksis for diagnosesetting. Gode data om hva slags diagnoser pasientene er behandlet for er sentralt for å kunne kvalitetssikre utviklingen av feltet.

Underliggende faktorer som kan forklare variasjon

Åpning og lukking av henvisningsperioder praktiseres ulikt av behandlingsstedene. Dette medfører at enkelte behandlingssteder kan ha ulike registreringsrutiner for diagnosesetting som igjen kan gi utslag i statistikken.

Analyse og presentasjon av data

Data publiseres på behandlingsstedsnivå årlig.

Andre indikatorer som også rapporteres i 2013 (foreløpig uten beskrivelse og definisjon av indikatoren)

Det foreligger per dags dato ingen beskrivelse av disse indikatorene. Det forventes at de instanser som skal innhente og bearbeide data (dataklider) utarbeider beskrivelse av indikatorene, herunder definisjoner.

Helse Sør-Øst RHF vil sammenstille og bearbeide data for Helse Sør-Øst RHF når de er levert fra aktuell kilde.

Indikator	Mål	Datakilde	Rapporterings-frekvens	Bestiller
Andel helseforetak som har gjennomført journalgjennomgangs-undersøkelser etter GTT-metoden, i tråd med pasient-sikkerhetskampanjens føringer	100 %	Nasjonalt kunnskaps-senter	Tertialvis	HOD
Andel helseforetak som rapporterer komplette og kvalitetssikrede data om ulykker og skader til NPR	100 %	NPR	Årlig	HOD
Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus		Helsedir. (SSB)	Årlig	HOD
30-dagers overlevelse etter innleggelse for lårhalsbrudd		Helsedir.	Årlig	HOD
30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt		Helsedir.	Årlig	HOD
30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag		Helsedir.	Årlig	HOD
30-dagers risikojustert totaloverlevelse		Helsedir.	Årlig	HOD
Brukererfaringer svangerskap/føde/barsel (Nasjonale brukererfarings-undersøkelser)		Kunnskaps-senteret	Årlig	HOD
Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus (Nasjonale brukererfarings-undersøkelser)		Kunnskaps-senteret	Årlig	HOD
NY – Brystrekonstruksjon – Antall planlagte, faktisk aktivitet og pasienter fortsatt på venteliste for brystrekonstruksjon		Egne tall	Månedlig (egen rapp.skjema)	HSØ
NY – Andel tvangsbehandlingstiltak per 100 000 innbyggere over 18 år (ikke besluttet innført)		Helsedir.	Årlig	HOD
NY – Andel DPS som dekker akuttberedskap ut over normal arbeidstid		Egne tall	Årlig	HOD

NY - Andel helseforetak som har utarbeidet ernæringsstrategi		Egne tall	Årlig	HOD
--	--	-----------	-------	-----
